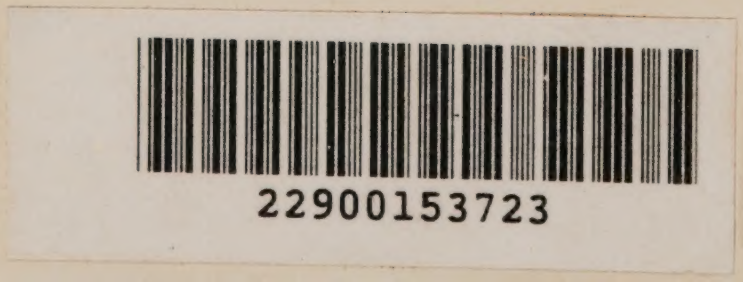
77.

PA 33



Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s6550id1398011

Neue Folge des Archivs für Dermatologie und Syphilis.

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

Vierteljahresschrift

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. BEHREND, Dr. BERGH, Dr. BIDENKAP, Prof. BIESIADECKI, Prof. CASPARY, Prof. DUHRING, Prof. FRIEDREICH, Prof. GEBER, Dr. GÜNTZ, Dr. v. HEBRA, Dr. JARISCH, Prof. KAPOSI, Dr. KOHN, Prof. KÖBNER, Dr. KRÓWCZYŃSKI, Prof. LANDOIS, Prof. LANG, Prof. LASCHKIEWITSCH, Dr. LASSAR, Prof. LEWIN, Prof. LIPP, Dr. LJUNGGREN, Dr. MANDELBAUM, Dr. MICHAELIS, Prof. MOSLER, Prof. NEUMANN, Dr. OEWRE, Dr. PINCUS, Prof. REDER, Prof. RINDFLEISCH, Prof. v. RINECKER, Dr. SCHUSTER, Prof. SCHWIMMER, Prof. v. SIGMUND, Prof. SIMON, Prof. TARNOWSKY, Dr. UNNA, Dr. VAJDA, DDr. VEIEL, Prof. WERTHEIM, Prof. WILSON, Prof. ZEISSL und anderen Fachmännern

herausgegeben von

Prof. Dr. H. Auspitz
Director der allgemeinen Poliklinik in
WIEN

und

Prof. Dr. F. J. Pick
Vorstand der Klinik für Hautkrankh. u. Syph. in
PRAG.

Achter 1881. Jahrgang.

(Der Reihenfolge XIII. Jahrgang.)

Mit 5 lithographirten Tafeln und 2 Holzschnitten.

Wien, 1881.

Wilhelm Braumüller
k. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. welMOmec
Call No. ser WR1 1003

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Anatomisch-physiologische Vorstudien zu einer künftigen Onychopathologie. Von Dr. P. G. Unna 3

Zur klinischen Charakteristik der Lepra anaesthetica. Von Prof. M. Rosenthal in Wien 25

Zur Genese der hereditären Syphilis. Von Prof. J. Caspary in Königsberg in Preussen 35

Ueber die syphilitische Initialerkrankung der Vaginalportion. Von Dr. Franz Mračeк in Wien. (Hiezu die Tafeln I und II) 47

Bemerkungen zur Heilbarkeit der Syphilis. Von Dr. Schuster in Aachen 87

Ueber die Excision der Initialsklerosen. Von Dr. J. Krówczyński in Lemberg 101

Ueber Schanker, Chancroid und ihre Metamorphosen. Von Dr. Conrad Rieger, früherem Assistenten der Klinik für Syphilis des Geh. Rath Prof. v. Rinecker in Würzburg 189

Ueber eine constante nervöse Störung bei florider Syphilis der Secundärperiode. Von Dr. E. Finger, Assistent der Klinik für Syphilis in Wien 255

Immunität und essentielle Fieber. Von Prof. Rindfleisch in Würzburg 281

Ueber die normale Zungenoberfläche und den normalen Zungenbelag. Von Dr. P. G. Unna in Hamburg 287

Ueber kreisfleckige Exfoliation der Hohlhand und der Zunge. (Exfoliatio areata palmae manus und Exfoliatio areata linguae). Von Dr. P. G. Unna in Hamburg 295

Ueber syphilitische Hepatitis, Lebersyphilis. Von Prof. Dr. Chvostek, k. k. Stabsarzt in Wien 325

Ueber die Syphilis der fibrösen Gewebe und der Sehnenscheiden. Von Dr. N. Manssurow, Docent an der kais. Universität in Moskau . . 391

Ueber Polypapilloma tropicum (Framboesia). Von Dr. M. Charlouis, k. holländ. Militärarzt in Samarang, Java 431

Ueber Trichorrhexis nodosa von Dr. S. Kohn, em. Secundararzt I. Cl. der Rudolfstiftung, gegenwärtig Assistent der allgem. Poliklinik in Wien. (Hiezu Taf. III) 581

Ueber Abdunstung des Quecksilbers aus dem bei der Inunctionskur in Anwendung kommenden Ungt. Hydrargyri einer. Von Dr. Wings 589

Seite

Das Rhinophyma. Von Dr. H. v. Hebra, Docent für Dermatologie in Wien. (Hiezu Tafel IV und 2 Holzschnitte) 603

Ueber den Rückenmarksbefund in 7 Fällen von Syphilis. Von Dr. Ad. Jarisch, Privatdocenten für Dermatol. u. Syphilis an der Wiener Universität. (Hiezu Taf. V) 621

Kleinere Mittheilungen.

Bacilla medicamentosa. Von Dr. Michelson in Königsberg i./P. . . . 467

Ein Instrument zur Excision syphil. Initial-Sclerosen. Von Demselben. Zuschrift an die Red. 468

Ueber Meningealirritation bei beginnender Syphilis. Von Prof. E. Lang nach zwei von ihm und Prof. Schnabel in Innsbruck gehaltenen Vorträgen 469

Bericht über die vierte Jahresversammlung der amerik. dermat. Gesellschaft in Newport 571

Bericht über die Verhandlungen der dermatologischen Section d. siebenten internationalen medizinischen Congresses in London 1881 649

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Dermatologie 483

Syphilis 115, 671

Buchanzeigen von: Duhring, Skin Diseases 165

Grünfeld, Endoskopie der Harnröhre 166

Varia 178, 705

Bibliographie

a) des Jahres 1880: Dermatologie II. und III. Verzeichniss . . . 179, 573

Syphilis II. und III. Verzeichniss 183, 577

b) des Jahres 1881: Dermatologie I. Verzeichniss 713

Syphilis I. Verzeichniss 717

Register für den Jahrgang 1881:

Autoren-Register 720

Sach-Register 722

Originalabhandlungen.

Anatomisch-physiologische Vorstudien zu einer künftigen Onychopathologie.

Von

Dr. P. G. Unna.

I. Die Nagelplatte.

§. 1.

Die Capitel über Nagelaffectionen sind wohl in allen Handbüchern der Dermatologie am stiefmütterlichsten behandelt. Die Autoren geben allerdings nach Aufzählung der am häufigsten vorkommenden Abnormitäten in Farbe und Gestalt der Nägel die Krankheiten der allgemeinen Decke an, bei welchen solche Abweichungen vorkommen. Wir erfahren aber leider wenig über den nothwendigen Zusammenhang beider, oder was ebenso schlimm ist, wir erfahren, dass bei ein und derselben Hautkrankheit sehr verschiedenartige, auf den ersten Blick sich scheinbar sogar ausschliessende Deformitäten der Nägel, wie Atrophie oder auch Hypertrophie, Verdünnung oder auch Verdickung, abnorme Brüchigkeit oder auch Festigkeit vorkommen und wiederum andererseits, dass ein und dieselbe Onychie bei grundverschiedenen Processen zu finden sei. Wir besitzen kurzum noch gar keine oder doch nur sehr wenige scharf umschriebene Krankheitsbilder des Nagels. Allerdings gibt es von dieser Regel sehr beachtenswerthe Ausnahmen; so verdanken wir Virchow das Krankheitsbild der Onychogryphose, französischen Forschern die Beschreibung verschiedener Formen syphilitischer Onychie. Und so ist auch in Gestalt einzelner Journalartikel, z. B. von Vogel, Hutchinson, bereits über gewisse Nagelaffectionen klinischerseits vortrefflich abgehan-

delt worden. Aber es fehlt noch durchaus eine lichtvolle, von einheitlichen Gesichtspunkten ausgehende Gesammtdarstellung aller bekannten Onychopathieen — der Hebra der Onychopathologie ist noch nicht gekommen.

§. 2.

Die Ursache, weshalb die Wissenschaft von den Krankheiten der Nägel hinter dem Durchschnitt unseres dermatologischen Wissens im Allgemeinen zurückgeblieben ist, liegt in der mangelhaften Kenntniss, die wir von der normalen Anatomie und Physiologie des Nagels besitzen. Klare Begriffe über die Structur und Function aller einzelnen Nageltheile müssen natürlich dem Bemühen vorangehen, die pathologischen Erscheinungen am Nagel zu deuten und in überzeugender Weise darzustellen. Trotzdem nun unter den Histologen von Fach selbst noch über den Sitz der Matrix des Nagels keine volle Einigkeit erzielt ist, halte ich dennoch den Versuch bereits für gerechtfertigt, im Interesse des klinischen Fortschrittes auf diesem Gebiete, eine Verständigung der dermatologischen Fachgenossen über einige allgemeine Gesichtspunkte zu erzielen, welche in der Onychopathologie festzuhalten sind. Denn selbst, wenn der Fortschritt der Histologie und Physiologie des Nagels gewisse Grundsätze erschüttern sollte, auf welchen diese Gesichtspunkte heutzutage sich stützen müssen, würde schon eine blos formale Einigkeit der Dermatologen auf diesem Gebiete einen gewaltigen Fortschritt gegen heute in unserem bezüglichen Wissen herbeiführen, der seinerseits wieder die Kenntniss der normalen Anatomie nothwendig fördern muss. Aber abgesehen hievon kann auch der Dermatologe ohne Anmassung behaupten, dass seine Annahmen über die Structur und das Wachsthum des Nagels, je genauer sie die pathologischen, oft bizarren Bilder der Onychopathieen zu erklären vermögen, desto sicherer bereits dem normalen Sachverhalt entsprechen.

§. 3.

Die wichtigste Vorarbeit bildet natürlich die sorgfältige Trennung der einzelnen Bestandtheile des normalen Nagels. Dann folgen sogleich die Fragen, ob und welche Bestandtheile allein für sich erkranken und welche Affectionen andererseits nothwendiger oder möglicher Weise mehrere Nageltheile zugleich oder

consecutiv ergreifen können. Unter den Bestandtheilen des Nagels ist der wichtigste natürlich die eigentliche Nagelplatte und die meiste Verwirrung hat bisher verursacht, dass die hornigen, nachbarlichen Scheiden nicht genügend von derselben unterschieden wurden. Was würden wir von einem Pathologen denken, der innere Wurzelscheide und Rindenschicht des Haares confundirte oder in der Schilderung der pathologischen Processe nicht klar auseinander hielte? Genau dasselbe Versehen wird aber häufig genug begangen, indem man von Affectionen des Nagelbettes redet, als kämen sie dem eigentlichen Nagel zu. Voran stehe also die genaue histologische Definition der eigentlichen Nagelplatte. Ich nenne so: denjenigen hornigen Nagelabschnitt, welcher aus der Stachelschicht der ganzen Nagelmatrix — d. i. dem Boden des ganzen Nagelfalzes bis zum vorderen Rande der Lunula — entsteht, im hintersten Theile des Falzes zugeschärft beginnt, sich im Falze rasch verdickt und nachdem er die Lunula passirt, keine neuen Elemente mehr in sich aufnimmt, sondern in inniger Einfalzung auf den Leisten des Nagelbettes langsam durch fortwährenden Nachschub aus dem Falze vorgeschoben wird, um in Ruhe gelassen über die Fingerbeere hinaus sich krallenartig zu krümmen und in gewisser Entfernung vor derselben einer permanenten Abschilferung und Zuschärfung anheimzufallen.

Nach der neuen und hauptsächlich durch die Erforschung der Gefässverhältnisse der Nagelmutter und des Nagelbettes höchst werthvollen Arbeit von H. Hebra kann ich den von mir 1875 verfochtenen, übrigens bereits von Reichert und Ammon aufgestellten Satz: Der eigentliche Nagel erhält vom Nagelbett keinen Zuschuss — wohl jetzt als definitiv anerkannt ansehen. Hebra und ich differiren nur in Bezug auf die Grösse und Gestalt, welche wir der Matrix, die wir beide nur auf dem Falzboden annehmen, zuerkennen. Während ich den ganzen Falzboden bis zur vorderen Grenze der Lunula dafür angesprochen hatte, lässt Hebra nur den hintersten, resp. äussersten Theil des Falzbodens, so weit er Papillen trägt, als Matrix gelten; der vordere, papillenlose, biconvexe Theil, welcher speciell der Lunula entspricht, soll keine Beziehung zur Bildung von eigentlichen Nagelzellen

besitzen; die Function dieses Theiles scheint diesem Forscher noch unaufgeklärt. Er sagt: „Matrix kann (!) nur der mit Papillen ver„sehene Theil des Nagelbettes sein; an der Partie, die zwischen „den beiden halbmondförmigen Grenzen liegt, sind keine Papillen, „daher (!) ihr auch der Name Matrix nicht zukommen kann. Es „ist mir bei meinen Untersuchungen aber nicht gelungen, zu er„gründen, welche Rolle diesem Theile des Nagelbettes zufällt.“ Diese prätendirte Unmöglichkeit, dass eine papillenlose Fläche Matrix des Nagels sein kann, muss ich als aprioristisch zurückweisen. Man erinnere sich, dass man noch vor einigen Jahren das Entstehen und Weiterwachsen von Haaren ohne Papille für unmöglich hielt, was nach Untersuchungen von Götte, Schöbl, mir, Schulin und Schultze doch wohl keinem Zweifel mehr unterliegt. Ich weise weiter auch darauf hin, dass beim Neugeborenen der Falzboden noch gar keine Papillen trägt. Ich kann übrigens die Thatsache, dass der Falzboden sich ziemlich scharf in einen papillentragenden hinteren und papillenlosen vorderen Abschnitt trennt und dass der vordere genau mit der Lunula zugleich sich nach vorne ab renzt, vollinhaltlich bestätigen, da ich dieselbe bereits in meiner Herrn Prof. Waldeyer als Referenten vorgelegten Dissertation mitgetheilt habe, indem ich den hinteren Theil des Falzbodens als einen „papillentragenden Abschnitt von Hufeisenform“ beschrieb [1]). Zugleich glaubte ich aber auch nachgewiesen zu haben, dass gerade diese Papillen und die ihnen entsprechenden Epithelfortsätze erst verschieden lange nach der Geburt entstehen, im Fötalleben dagegen noch regelmässig fehlen und sich auch beim Erwachsenen in individuell sehr wechselnder Mächtigkeit ausgebildet finden, so dass man wohl nicht daran denken kann, hier den Hauptherd der Nagelzellenbildung hin zu verlegen. Ich verweise besonders auf meine Picrocarmin- und Osmiumbilder, in denen der Hebra'sche biconvexe Abschnitt durch besondere Färbung der Stachelschicht ausgezeichnet ist, die hier eine bedeutende Dicke erreicht. Nach meiner Ueberzeugung ist es gerade dieser Theil, welcher unveränderlich vom Beginn der ersten Nagelbildung beim Embryo bis zuletzt einen bedeutenden Zuschuss

[1]) Leider sah ich mich aus buchhändlerischen Rücksichten veranlasst, eine den Inhalt theilweise verdunkelnde Kürzung der ganzen Arbeit vorzunehmen.

zur eigentlichen Nagelplatte liefert und ich gestehe, durch die Darstellung Hebra's, anstatt eines Besseren belehrt, noch mehr hiervon überzeugt worden zu sein. Sein lehrreicher Versuch (p. 61), dass nach dem Aufquellen in Essigsäure sich eine Sonde nur gerade bis zur Lunula vorschieben lässt, ohne etwas organisch Zusammengehöriges zu durchreissen, zeigt eben deutlich, dass der hier wurzelnde Nagel von diesem Punkte an gleichsam nach vorne umgelegt ist.

Ich möchte mir erlauben, ein etwas weit hergeholtes Bild zu gebrauchen, welches jedoch bis ins kleinste Detail zur Verdeutlichung ausgenutzt werden kann. — Man denke sich die Nagelmatrix dargestellt durch ein rundes Stück Feld, so gross, dass eine Korngarbe darauf Platz hat. Die Aehren seien alle gleich lang und jeder einzelnen entspreche ein von einem Punkte der Matrix ausgehender Faden von Hornzellen. Diese Garbe sei nun vom Winde nach einer Richtung platt umgelegt, der auf dem Boden liegende Garbenkörper wird dann die Nagelplatte darstellen. Dem Winddrucke entspricht in Wirklichkeit der Widerstand der Falzdecke, welcher die Nagelzellen zwingt, sich aus einer engen Spalte nach vorne zu ergiessen. Der einzelne umgelegte Halm zeigt den Weg an, auf welchen die einzelne Nagelzelle bis an den vorderen Rand des Nagels gelangt und es ist nun auf den ersten Blick klar, dass die am vorderen Rande der Lunula anstehenden Zellen später einmal, am vorderen Rande des Nagels angelangt, an dessen unterer Fläche erscheinen werden, während die dem papillentragenden hinteren Abschnitt aufsitzenden Epithelien schliesslich die oberflächlichen Nagelschichten darstellen. Weiter ist es auch selbstverständlich, dass die Spitzen der als gleich lang angenommenen Aehren, nachdem sie umgelegt sind, wieder eine rundliche Fläche beschreiben, der Gestalt des Bodens entsprechend, auf dem die Aehren gewachsen, dass mit anderen Worten nicht etwa der, wie gewöhnlich vorn quer abgeschnittene Nagel in seiner Schnittfläche diejenigen Epithelien trägt, welche einer bestimmten Generation von Nagelzellen entsprechen, sondern dass diese letzteren sich in einer Fläche ausgebreitet findet, welche innerhalb der Substanz der Nagelplatte schräg von hinten oben nach vorne unten abfällt. Eine solche Fläche nenne ich kurz die Schichtungsebene des Nagels.

§. 4.

Das im vorigen §. gebrauchte Bild vor Augen wird der Patholog nie im Zweifel sich befinden, wo er den Herd einer Affection hinzuversetzen hat, welche durch eine Anomalie innerhalb der eigentlichen Nagelplatte sich manifestirt. Die Vorstellung gleitet eben von jedem beliebigen Punkte derselben in Gestalt eines Halmes bis an dessen Fusspunkt, der einem bestimmten Punkte der Nagelmatrix entspricht. Für gewisse Alterationen der ganzen Nagelplatte hingegen ist es wichtig, die Vorstellung der Schichtungsebene festzuhalten. Es ist nämlich eo ipso klar, dass die Neigung der Schichtungsebene gegen das Nagelblatt oder der Flächenwinkel, den beide miteinander bilden, eine ganz constante Beziehung zur Dicke des Nagels besitzt.

Um mich kurz verständlich zu machen, verweise ich auf die Schemata Fig. I. *A* u. *B*. *B* entspricht einem Verhältniss, wie

Fig. I *A*.

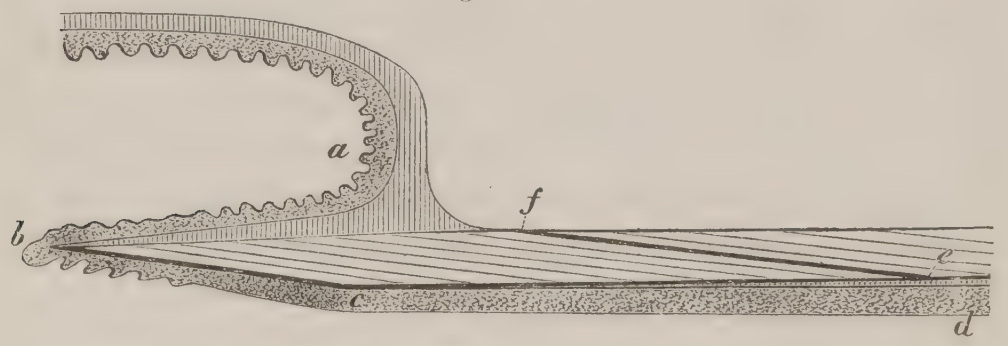
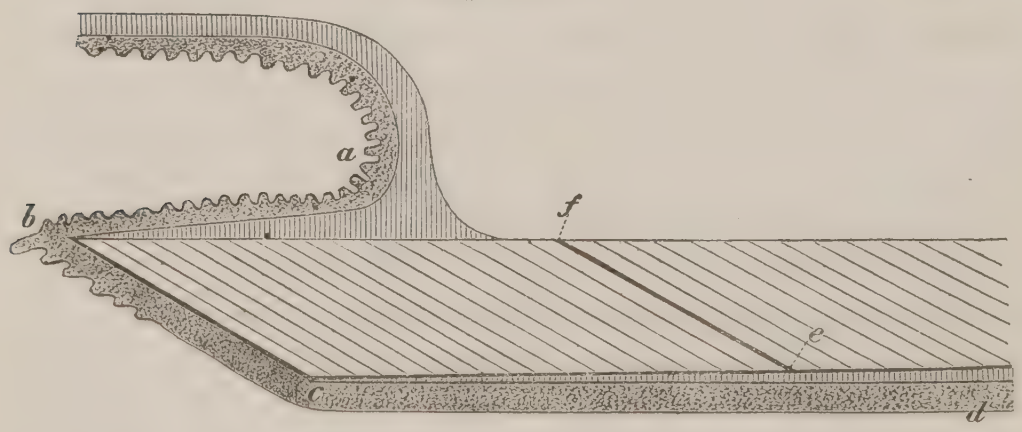


Fig. I *B*.



es bei starken und dicken Nägeln erwachsener, männlicher Individuen die Regel ist. Hier bildet der Nagelfalz *a b c* eine offene Tasche, der ∢ *a b c* ist verhältnissmässig stumpf, die Nagelmatrix

b c fällt gegen das Nagelbett *c d* relativ schräge ab. Hier ist die Schichtungsebene, welche durch die Schraffirung angedeutet ist, gegen *c d* ungefähr unter einem ∢ von 45 Grad geneigt (∢ *f e c*) und daher ihr sagittaler Durchmesser *f e* im Vergleiche mit der bedeutenden Dicke des Nagels kurz. Ganz anders im Schema I *A*, welches einem weiblichen, erwachsenen Fingernagel entsprechen mag. Hier bildet der Falz eine enge Spalte, der ∢ *a b c* ist weit spitzer, die Matrix *b c* ist fast nur eine Fortsetzung des Nagelbettes in derselben Ebene. Hier bildet die Schichtungsebene mit dem Nagelbett einen sehr spitzen Winkel (∢ *f e c*) und ihr sagittaler Durchmesser *f e* ist relativ lang gegen die Dicke des ganzen Nagels. Es ist also sicher, dass die Neigung der Matrix gegen das Nagelbett einen Factor darstellt, welcher die Dicke des Nagels in erster Linie beeinflusst, wir werden jedoch noch einen anderen derartigen Factor kennen lernen. Kurz hinweisen möchte ich nur schon hier darauf, dass die Neigung der Matrix gegen das Nagelbett unter den gewöhnlichsten pathologischen Verhältnissen (als diffus oder circumscript auftretenden Infiltrationen der Lederhaut sowohl unter der Matrix als unterhalb des Nagelbettes) Veränderungen erleidet, wodurch sich einfach bereits die Thatsache erklärt, dass bei diesen häufig vorkommenden Affectionen (Eczem, Psoriasis, Syphilis) sowohl Verdünnung als Verdickung beobachtet wird.

§. 5.

Der durch stärkere Neigung der Schichtungsebene dickere Nagel ist trotz gleich gesetzter Proliferation an der Matrix am Rande seltener zu beschneiden als der dünnere oder mit dem gewöhnlichen aber fälschlichen Ausdruck: „er wächst langsamer“ als der letztere. Es ist dieses besonders zu betonen, da Jemand sich bewogen fühlen könnte, zu entgegnen: Bei gleicher Proliferation müssen zwischen zwei gleich weit von einander entfernten Schichtungsebenen im dickeren Nagel ebensoviel Nagelzellen fortgeschoben werden, wie im dünneren und zwar nach dem Satze, dass Parallelogramme von gleicher Höhe (nämlich bei beiden gleich der Entfernung der zwei Schichtungsebenen) und gleicher Grundlinie (nämlich bei beiden gleich der Länge der als gleich gross anzunehmenden Nagelmatrix) gleich sein müssen. Dieser Einwurf spricht vollkommen Richtiges aus, aber ist hier doch nicht

berechtigt, da wir eben den Nagel nicht nach Schichtungsebenen beschneiden, sondern periodisch künstliche Querschnitte anlegen. Anstatt der schiefen Parallelogramme von gleicher Grundlinie und Höhe schneiden wir also, um im selben mathematischen Bilde zu bleiben, künstliche Rechtecke ab, welche dem Inhalte nach bei beiden Nagelarten zwar auch gleich sind, aber weder gleiche Grundlinie noch Höhe haben und zwar so differiren, dass dem dünneren Nagel die grössere Höhe (bei kleinerer Grundlinie) entspricht, weshalb dieser öfter um dieselbe Strecke die Fingerkuppe überragt und gekürzt werden muss. Dieser Umstand ist soviel ich weis, bisher gar nicht beachtet worden. Man hat die Möglichkeit, den Nagel am Rande öfter schneiden zu können, einfach mit schnellerem Wachsthum identificirt und in stärkerer Proliferation der Matrix begründet geglaubt. Die Thatsache, dass die Fussnägel gemeiniglich „langsamer wachsen" als die Handnägel, erklärt sich zum grössten Theile aus dem hier berührten Umstande. Natürlich sind hiermit eigentliche Wachsthumsanomalien der Matrix nicht im mindesten in Abrede gestellt. Zu ihnen wenden wir uns jetzt.

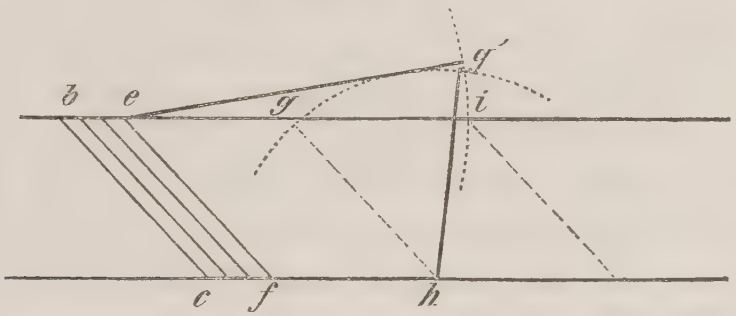
§. 6.

Wir haben bisher die Wachsthumsgeschwindigkeit auf der ganzen Matrix gleich angenommen. Diese Voraussetzung ist a priori nicht unbedingt nothwendig und wahrscheinlich nur in einem Theil der normalen Nägel des Erwachsenen zutreffend. Nach meinen früheren Untersuchungen über die Nägel von Kindern findet bei diesen eine allmälige Ausbildung des hinteren Falztheiles in der Art statt, dass stärkere Epitheleinsenkungen und entsprechende Papillarbildungen entstehen bis zu dem Grade, welche H. Hebra in anschaulicher Weise vom Erwachsenen beschreibt. Es ist nun wohl die Voraussetzung gerechtfertigt, dass hier im hintersten Theile der Matrix vermöge der besonders guten Blutversorgung eine raschere Epithelproliferation resp. Nagelbildung statt hat, wenigstens — statt haben kann, und es ist der Mühe werth zu untersuchen, wie sich der Nagel bei stärkerer Anbildung im hinteren Matrixabschnitt verhalten wird.

Um die Aufgabe zu vereinfachen, nehme ich vorderhand an, dass es sich nicht um ein continuirliches stärkeres Wachsthum

handelt, sondern dass der ruhig bis zur Schichtungsebene *ef* (Fig. II *A*) fortgewachsene Nagel plötzlich in veränderter Weise vorgeschoben wird. Die Proliferation auf der Nagelmatrix steige nämlich in *b* mit einem Mal auf das doppelte und dieser abnorme Zuschuss nehme gleichmässig auf der Strecke *b c* gegen *c* zu ab, bis er in *c* selbst den Werth 0 erreicht, dann wird in einer gewissen Zeiteinheit der Punkt *f*, welcher von *c* aus vorgeschoben wird, in *h* angelangt sein. Wo gelangt aber in derselben Zeit der Punkt *e* hin? Derselbe bleibt natürlich ebensowohl mit den nachrückenden Punkten der Linie *b e* im festen Zusammenhang, wie mit den seitlich

Fig. II *A*.



adhärenten, mit welchen er die Linie *e f* bilden hilft. Unter Wahrung dieses beiderseitigen Zusammenhanges wird er daher nach derselben Zeit, nach der *f* in *h* angelangt ist, nicht in *g* sondern in *g'* sich befinden. Den Ort von *g'* findet man auf die Weise, dass man von *h* mit der Länge *hg* und von *e* mit der Länge $2fh = 2eg = ei$ Kreisbögen schlägt; *g'* ist dann der Schnittpunkt beider Kreisbögen und *g'h* stellt die neue Schichtungsebene der Nagelplatte nach dem gegebenen Zeitraum dar. Man sieht sofort, dass bei dieser Bestimmung des Ortes g' dem doppelten Bedürfniss Rechnung getragen ist, dass einmal die Linie $gh = ef$ in Gestalt von *g'h* in voller Continuität gewahrt bleibt und andererseits der Punkt *e* in derselben Zeit die doppelte Strecke ($eg' = ei = 2fh$) wie *f* (*fh*) zurücklegt.

Der ganze Vorgang lässt sich als eine Aufrichtung der Schichtungsebene (aus der Lage *h g* in die Lage *h g'*) definiren, welche, wie ersichtlich, zu einer Verdickung der Nagelplatte führen muss. Es ist nun leicht einzusehen, dass eine solche stärkere Proliferation bei *b*, wenn sie continuirlich andauert, eine über die ganze Nagelplatte sich forterstreckende, all-

mälige Verdickung derselben zu Stande bringen muss, wenn sie dagegen nach kurzer Zeit der Norm wieder Platz macht, nur zu einer temporären Verdickung des eigentlichen Nagels führt, d. h. zu einem mehr oder minder breiten Querwulst desselben Veranlassung gibt.

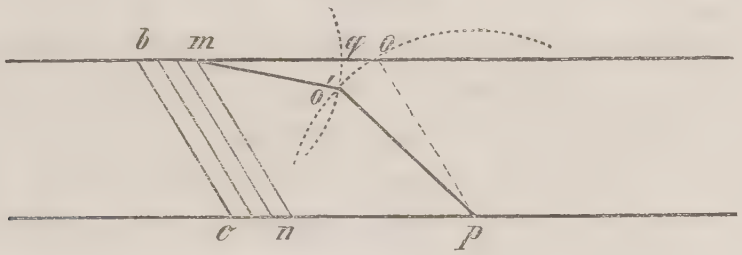
Auf diese Weise können sich also lediglich durch ein beschleunigtes Wachsthum an gewissen Stellen der Matrix echte Verdikkungen der Nagelplatte bilden, die erst auf der Region des Nagelbettes, also zwischen dem Austritt des Nagels auf dem Falze und dem vorderen Nagelrand sich bemerkbar machen. Dieselben sind natürlich streng von jenen unechten Verdickungen der Nagelplatte zu unterscheiden, die nur durch eine Erhebung resp. Verdickung der Hornschicht des Nagelbettes vorgetäuscht werden und dem Gebiet der Onychogryphose angehören. Es existiren nach meiner Beobachtung sicher solche Nägel, in welchen aus einem relativ engen Falze, mithin unbeeinflusst von der Neigung der Nagelmatrix (s. §. 4) eine sich stetig verdickende Nagelplatte hervorkommt und es will mir scheinen, dass solche Nägel noch in die Breite der Gesundheit fallen, womit ausgesprochen ist, dass ein stärkeres Wachsthum im hinteren Theile der Matrix hin und wieder bei normalen Nägeln zu finden ist. Aber ich kann nicht zugeben, was von einigen Histologen behauptet wird, dass die Nagelplatte selbst stets an der Lunula dünner sei, als am vorderen Rande; ich habe sie an der Lunula fast in allen Fällen bei Erwachsenen ebenso dick gefunden, wie am vorderen Rande. Eine sich von selbst ergebende Folgerung aus dem Erörterten ist es, dass ein periodisch wiederkehrender Wechsel in der Ernährung des hinteren Matrixabschnittes eine entsprechende Reihe von queren Wülsten mit dazwischen liegenden queren Thälern oder Rinnen auf die Oberfläche der Nagelplatte absetzen muss.

§. 7.

Da es sich im vorigen §. herausgestellt hat, dass eine ungleichmässig über die Matrix vertheilte Wachsthumsgeschwindigkeit eine sehr gewöhnliche Nageldeformität zur Folge haben kann, lohnt es sich gewiss der Mühe, auch den umgekehrten Fall zu setzen, dass nämlich vom hinteren nach dem vorderen Ende der Matrix die Proliferation von Nagelzellen beständig zunehme, etwa für den

vorderen Rand der Matrix durch die Linie $n\,p$ (Fig. II *B*), für ihren hinteren Rand dagegen durch die Linie $m\,q$ dargestellt werde, welche um $q\,o$ kleiner ist, als $n\,p$ ($= m\,o$). Unter der nothwendigen Voraussetzung allseitiger Continuität ist es dann klar, dass die Schichtungsebene, welche in $p\,o$ angelangt sein würde, wenn das Wachsthum der oberen Nagelschicht dem der untersten gleich käme, sich in der Lage $p\,o'$ befindet; falls nämlich o' den Durchschnittspunkt zweier Kreise bildet, von denen der eine mit dem Radius $m\,q$ von m aus und der andere mit dem Radius $o\,p$ von p aus geschlagen ist. Man sieht, dass aus einem Voraneilen der

Fig. II *B*.



untersten Nagelschichten vor den oberen eine Senkung der Schichtungsebene gegen die Matrix zu und dem entsprechend eine Verdünnung der Nagelplatte auftritt. Hält die hier vorausgesetzte Anomalie des vorderen Matrixabschnittes continuirlich an, so resultirt eine allmälige Verdünnung der Nagelplatte, welche sich vom Nagelfalz über das Nagelbett bis an den vorderen Rand immer stärker geltend macht. Ich habe diese Verdünnung im Gegensatz zu der im §. 6 besprochenen Verdickung nur in pathologischen Fällen beobachtet. Ein intermittirendes Anwachsen der Proliferation am vorderen Theil der Matrix wird eine Absetzung von primären, queren Rinnen auf der Oberfläche der Nagelplatte zur Folge haben, welche von secundären queren Wällen getrennt werden.

§. 8.

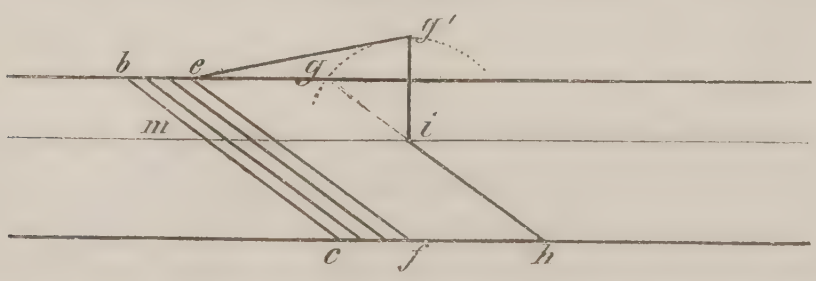
Es bedarf nur einer einfachen Ueberlegung, dass ganz derselbe Erfolg, wie bei der Wachsthumsbeschleunigung des hinteren Matrixabschnittes (§. 6) auch bei einer Wachsthumsverzögerung im vorderen Theile der Matrix eintreten wird, nämlich eine Aufrichtung der Schichtungsebene und eine Verdickung des Nagels u. zw. je wie die Ursache in continuir-

licher oder in intermittirender Form. Und weiter muss eine Verzögerung des Wachsthums im hinteren Abschnitt hinwiederum eine Senkung der Schichtungsebene mit Verdünnung des Nagels zur Folge haben. Denn wir haben in den beiden vorigen §§. nur relative Werthe für die Wachsthumsgeschwindigkeit an beiden Polen der Matrix angenommen. Aber es ist von grösster Wichtigkeit, zu constatiren, dass ganz dieselben Deformitäten der Nagelplatte durch so verschiedene Ursachen als hyperplastische und atrophische Zustände der Matrix, wenn dieselben nur räumlich verschiedene Theile derselben betreffen, erzeugt werden können.

§. 9.

Ich wende mich von den totalen zu den partiellen Alterationen des Nagelwachsthums. Hier macht die Lage, Grösse und Gestalt des anomalen Wachsthumsgebietes, die Art der Abstufung in die Umgebung und die etwaige Multiplicität eine fast unbegrenzte Fülle verschiedener Deformitäten der Nagelplatte möglich. Um in diesem Chaos einige Uebersicht zu gewinnen, mache ich vor Allem die in Wirklichkeit wohl stets erfüllte Voraussetzung, dass die abnorme Partie durch allmäligen Uebergang in die umgebende gesunde sich verliert, und hebe dann weiter drei bestimmte Orte innerhalb der Nagelmatrix hervor, an welche ich die Alteration der Reihe nach versetze, um die entsprechenden Folgen für den Bau der Nagelplatte zu erforschen. An der Hand dieser können dann leicht die vielen nicht zu berücksichtigenden Fälle in Gedanken ergänzt werden. Als solche typische Orte wähle ich ein Gebiet am hinteren Rande der Matrix, eine mittlere Zone und die vordere Randpartie nahe der vorderen Lunulagrenze.

Fig. III *A*.

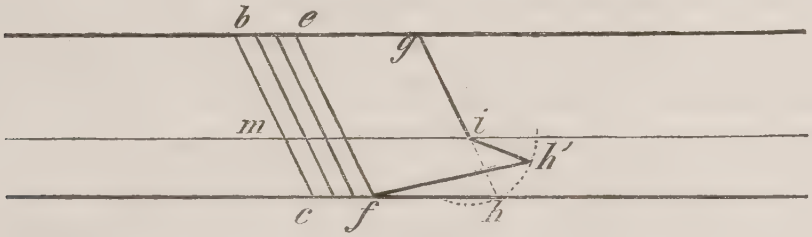


1. *bm* (Fig. III *A*), welche Nagelschicht von der hinteren Randpartie herrührt, sei von der Schichtungsebene *e f* an durch

stärkere Proliferation rascher vorgeschoben, als der übrige Nagel $m\,c$. Sie wird sich dann, wenn letzterer in $i\,h$ angelangt ist, nicht in $g\,i$, sondern in $g'\,i$ befinden. Die Schichtungsebene wird mithin partiell aufgerichtet, d. h. geknickt oder unter Voraussetzung allmäligen Uebergangs in den gesunden Nageltheil $m\,c$ gebogen, und zwar sieht die Concavität der neuen Schichtungsebene nach vorne. Der ganze Nagel wird dadurch natürlich etwas verdickt.

2. Liegt der stärker wachsende Theil der Nagelmatrix am vorderen Rand, so wird die Schichtungsebene partiell gesenkt, im Ganzen wieder, und zwar mit der Concavität nach vorne, gebogen. Es würden sich hierbei die Nagelzellen der untersten Nagelschicht vom Nagelbett abheben, wenn sie nicht fest in dasselbe eingefalzt wären. Dadurch aber führt die partielle Senkung der Schichtungsebene zu einer geringen Verdünnung des ganzen Nagels. (s. hierzu Fig. III *B*.)

Fig. III *B*.



3. Der dritte anscheinend complicirtere Fall, in welchem die stärker wachsende Zone einer mittleren Schicht der Nagelplatte entspricht, lässt sich am leichtesten analysiren, wenn man sich den Nagel in zwei horizontal übereinander liegende Nägel gespalten denkt. Es wird dann ein Theil der mittleren rascher vorgeschobenen Zone: die unterste Schicht des oberen Nagels bilden, ein anderer Theil: die oberste Schicht des unteren. Ersterer wird nach §. 9, 2 eine Senkung der Schichtungsebene erfahren, letzterer nach §. 9, 1 eine Aufrichtung. So ist die Aufgabe auf die beiden früheren zurückgeführt. Es ist ersichtlich, dass bei Combination beider Nagelhälften die Schichtungsebene einen Buckel zeigen wird, dessen Convexität nach vorne sieht und dessen Gipfel nicht gerade auf der Trennungslinie beider Nagelhälften, sondern innerhalb der oberen liegt.

§. 10.

Ich glaube nicht, dass es nöthig ist, die Umkehrung der in §. 9 vorgeführten Specialfälle auch noch genauer durchzugehen und zu zeigen, dass bei einer Wachsthumsverzögerung der oberen oder unteren Nagelschicht die Schichtungsebene die Gestalt einer nach vorne convexen Fläche annimmt, dagegen eine nach vorn concave Aushöhlung an Stelle des Buckels in §. 9, 3 zeigt, sobald die mittleren Schichten im Wachsthum zurückbleiben. Wichtiger ist es jedoch zu bemerken, dass die besprochenen Concavitäten und Convexitäten bei andauernder Ursache eine immer stärkere Krümmung annehmen, je weiter der Nageltheil auf dem Nagelbett nach vorne gelangt. Beim Vorhandensein mehrerer ausgezeichneter Proliferationsherde nimmt die Schichtungsebene dem entsprechend mehrere Krümmungen an. Ob die Nagelplatte durch dieselben verdickt oder verdünnt wird, hängt natürlich allein davon ab, ob die Summe aller Aufrichtungen und Senkungen positiv oder negativ ausfällt. Jedoch liegt die pathologische Bedeutung der Schichtungsebene durchaus nicht blos darin, dass sie ein erläuterndes, ideelles Mittelglied zwischen den pathologischen Processen an der Matrix und den pathologischen Defigurationen der Nagelplatte bildet, sondern sie wird in vielen Fällen grobsinnlich vor Augen geführt, wenn ein absatzweiser Nachschub von der Matrix eine Nagelplatte erzeugt, die wie eine Austernschale treppenförmig abgesetzt ist; man ist dann im Stande die Gestalt der Schichtungsebene auch makroskopisch zu bestimmen. Dieser Vorgang findet sich bekanntlich bei vielen, besonders fieberhaften Krankheiten und deutet stets ein wiederholtes Schwanken in der Ernährung der ganzen Matrix an. Erleidet diese zeitweise eine Abschwächung, so wird der Nachschub junger Epithelien sich vermindern, die Verhornung steigt tiefer als sonst auf die Matrix selbst herab und da die alten Epithelien schmächtiger sind als die jungen, so wird der normale Gewebsdruck die Umgebung um den verminderten Inhalt des Falzes zusammendrängen, aus dem engeren Falze ergiesst sich dann ein zeitweise dünnerer Nagel, bis die zu neuer Thätigkeit erwachte Production zur Erweiterung des Falzes und Verdickung der Nagelplatte Anlass gibt.

§. 11.

Die bisherigen Betrachtungen liefern den Beweis, dass die gewöhnliche Auffassung der Nagelverdickungen als Hypertrophien und der Verdünnungen als Atrophien einer wissenschaftlichen Correctur bedarf.

Wir können uns jetzt erst mit einiger Aussicht auf Erfolg die Frage vorlegen: was hat man eigentlich als Nagelhypertrophie und Atrophie zu bezeichnen? und gibt es solche in Wirklichkeit?

Wenn wir von Hypertrophie irgend eines Gewebes reden, so denken wir an eine übermässige Erzeugung desselben auf normalem Wege, müssen uns jedoch stets bewusst bleiben, dass wir dabei eigentlich von zwei Dingen reden, nämlich von einer Neubildung, die üppiger ist, als der gleichzeitige Zerfall des Gewebes und die Resorption desselben bewältigen können. Umgekehrt ist die Atrophie das Ueberwiegen des Gewebszerfalles und der Resorption über die Neubildung. Was bei den blutführenden Geweben nun Zerfall und Resorption, das ist bei den Epithelien die Abschuppung. Wir werden demgemäss hier von einer wahren Hypertrophie reden dürfen, wenn die Massenzunahme durch ein Uebergewicht der Production neuer Zellen über deren Abschuppung, von Atrophie, wenn die Abschuppung über die Neubildung junger Epithelien überwiegt. Die Nagelplatte ist nun aber dadurch erzeugt, dass die sie zusammensetzenden Zellindividuen ihren Zusammenhang über das gewöhnliche Mass alter Hornzellen hinaus in eigenartiger Weise erhalten und sich dadurch der Abschuppung ungewöhnlich lange entziehen. Sie bildet, wenn man die Begriffsbestimmung urgiren will, selbst schon eine Hornschichthypertrophie der Matrixepithelien (natürlich könnte man auch mit demselben Rechte den Charakter des Haares in einer ähnlichen Hornschichthypertrophie finden). Jedenfalls aber sieht man hieraus, wie gering die Aussicht ist, eine wahre Hypertrophie dieser „normalen Hornschichthypertrophie“ nachzuweisen, dagegen ist es sicher, dass eine wahre Atrophie derselben existirt, nämlich eine abnorm frühe Abbröcklung und Abschuppung der Nagelzellen am freien Rande, ehe sie durch die gewohnte Dauer und Strecke ihren Zusammenhang gewahrt haben. Eine wahre Hypertrophie könnte im Gegensatze dazu nur dort behauptet werden, wo der Nagel über die Fingerbeere weit hinaus, nach

Ueberschreitung seiner typischen Länge erst anfinge abzubröckeln und zwar wäre hier deshalb eine wahre Hypertrophie der Nagelplatte vorhanden, weil die Umbildung junger Epithelien zu Nagelzellen in höherem Masse stattfände, als die Abschuppung der alten Nagelzellen. Eine solche Anomalie, welche in der That, wenn auch wohl kaum für sich allein, vorkommt und im Wesentlichen auf einen festeren Zusammenhang den schon fertigen Hornzellen hinausläuft, wird aber wohl kaum Diejenigen ermuthigen, den Begriff einer Hypertrophie festzuhalten, welche die Verdickungen der Nagelplatte bisher als Hypertrophien anzusehen gewohnt waren. Von diesen glaube ich jedoch gezeigt zu haben, dass sie nichts weiter als Defigurationen, Umformungen der Nagelsubstanz darstellen, welche noch durchaus nicht auf eine stärkere Anbildung von Nagelzellen schliessen lassen.

Wir haben gesehen, dass bereits eine veränderte Form des Nagelfalzes, selbst ganz ausserhalb des Nagels liegende Vorgänge, z. B. eine Narbe, welche den Falz verengt oder erweitert, genügt, um die Nagelplatte in der Folge „umzugiessen." Die zu den Nagelzellen erhärtenden Epithelien sind eben ein plastisches Material, welches die Eigenheiten in der Form der Nageltasche getreu als Abguss wiederspiegelt. Freilich haben wir auch weiterhin erfahren, dass Verdickungen der Nagelplatte ebenfalls vorkommen, bei denen allerdings eine abnorm starke Zellenproliferation auf der Matrix die massgebende Rolle spielt. Aber erstlich berechtigt eine vermehrte Zellenproduction allein noch nicht zum Begriffe der Hypertrophie, wenn nicht eine relativ verminderte Abschuppung, die Massenzunahme bedingend, hinzutritt; von letzterer ist hier aber nicht die Rede. Andererseits warnt uns eine Thatsache höchst energisch, bei dieser Gelegenheit in unklarer Weise von Hypertrophie zu sprechen, nämlich, dass ebensowohl eine verminderte Zellenproduction auf anderen Stellen der Matrix eine Verdickung der Nagelplatte erzeugen kann und dass umgekehrt eine vermehrte Zellenproduction unter Umständen selbst eine Verdünnung des Nagels, eine scheinbare Atrophie zur Folge hat. Wir müssen also den Schluss ziehen, dass die Begriffe: Hypertrophie und Atrophie des eigentlichen Nagels im höchsten Grade einzuschränken sind, und jedenfalls nicht entfernt die Rolle zu

spielen haben, wie bei anderen Geweben, und wie sie es bisher in den betreffenden Capiteln der Dermatologie auch zu thun pflegten. Wir werden im Gegentheil gut thun, alle bisher besprochenen Anomalien (§§. 4—11) unter einem besonderen Namen als Defigurationen der Nagelplatte zusammenzufassen. Ich verstehe unter Defigurationen: alle jene Formveränderungen der Nagelplatte, welche mit einer Umlagerung der Schichtungsebene einhergehend, zu partieller oder totaler Verdickung oder Verdünnung der Nagelplatte führen; sei es nun, dass dieselben durch eine äussere Ursache (Verlagerung der Matrix gegen das Nagelbett durch Affectionen im bindegewebigen Theile beider, Formveränderung des Falzes durch Processe im sub- und superungualen Bindegewebe, im Periost und Knochen der Phalanx), sei es, dass sie durch Proliferation auf der Matrix selbst herbeigeführt werden. Ich trenne strenge von denselben alle jene häufig weit auffallenderen Deformitäten, welche nicht in einer Veränderung der Nagelplatte allein bestehen, sondern durch Anomalien der den Nagel umgebenden, andersartigen Hornschichten entstehen und welche ich in einem zweiten Artikel zu erörtern hoffe. Die Defigurationen bilden ebensowenig wie die ihnen zu Grunde liegenden Affectionen der Matrix selbstständige Nagelkrankheiten, da sie fast nur als Theilerscheinungen von solchen auftreten. Aber sie verdienen eine Besprechung im allgemeinen Theile der Dermatologie, etwa wie die sogenannten Efflorescenzen, um dann bei den einzelnen Affectionen des Nagels als bekannte Begriffe eingeführt werden zu können.

§. 12.

Ausser den Defigurationen der Nagelplatte ist es hauptsächlich noch eine Symptomenclasse, welche in diesen Vorstudien unsere Aufmerksamkeit beansprucht und welche ich als Defecte der Nagelplatte bezeichnen will. Die Defecte sind stets hervorgebracht durch den vollständigen Ausfall in der Proliferation einer bestimmten, oft nur punctuellen Region der Matrix. Zu den partiellen Defecten gehören jene Grübchen, welche wir bei manchen Krankheiten (Psoriasis, Eczem) auf der Oberfläche des Nagels verstreut finden. Sie weisen ihrer oberflächlichen Lage wegen mit Sicherheit auf einen Ausfall der Proliferation im hintersten pa-

pillentragenden Abschnitt der Matrix hin. Bei dieser Bestimmung leistet das in §. 3 angeführte Bild der umgelegten Garbe den besten, stets ausreichenden Dienst. Ausgedehntere und totale Defecte kommen ausser durch geschwürige Zerstörung der Matrix hauptsächlich im Gefolge von Nagelbetterkrankungen als eine secundäre Erscheinung vor. Gewöhnlich combiniren sich hierbei mit dem Defecte verschiedene Defigurationen der Nagelplatte. So führt z. B. eine wallartige Erhebung und Verkürzung des Nagelbettes durch Stiefeldruck zur Verengerung des Falzes von unten her und diese zieht eine Verdünnung des Nagels nach sich. Zugleich verödet jedoch durch den Druck von vornher erst der vordere Theil der Matrix, durch deren Wegfall die Nagelplatte noch mehr verdünnt wird, um endlich, wenn die Verödung auch den hinteren Theil des Falzes ergreift, vollständig zu verschwinden, während dieses allmälig eintretenden Defectes in der Nagelplatte, die zu absolutem Schwunde führt [1]), kann recht gut die Hornschicht des Nagelbettes durch hornartige Aufthürmung einen deformirten Nagel vortäuschen.

§. 13.

Eine besondere Besprechung erfordert noch das Verhalten der Nagelplatte bei vollständiger Continuitätstrennung derselben. Hat eine solche zum Abfall der Nagelplatte geführt, so wächst bekanntlich nach Erfahrung der Aerzte aller Zeiten zunächst eine unförmliche, rundliche Hornmasse aus dem hinteren Falze heraus. Während dieselbe langsam auf dem Nagelbette nach vorne geschoben wird, ordnen sich die nachfolgenden Hornmassen in immer regelmässigerer Weise, so dass eine zuerst noch ziemlich unebene, alsbald jedoch gleichmässigere und schliesslich ganz normale Nagelplatte aus dem Falze hervorkommt.

Aus diesem Vorgange ist Folgendes zu schliessen: Da der neue Nagel nicht gleich aber allmälig doch immer ohne künstliche Hilfe die normale Gestalt annimmt, muss im Anfange irgend eine Bedingung für das Zustandekommen der letzteren fehlen, die

[1]) Diese Fälle kann man als wahre „Atrophie“ der Nagelplatte gelten lassen, die freilich nicht durch überwiegende Abschuppung, sondern durch das Aufhören neuer Nagelbildung verursacht wird. Der Defect ist also ein weiterer Begriff als die Atrophie bei der Nagelplatte.

allmälig von selbst sich wieder herstellt. Diese Bedingung kann aber nur das Vorhandensein einer Hornmasse auf dem Nagelbett sein, welche fest auf dieser aufliegend auf die nachrückenden Hornmassen einen Druck ausübt; dieser macht sich ebenfalls beim Vorhandensein eines gesunden Nagels für den jungen Nachschub geltend, fehlt dagegen zuerst nach dem Abfall des Nagels und stellt sich erst allmälig in der vollen früheren Stärke wieder ein, wenn die erste unförmliche, die Nagelplatte substituirende Hornmasse das ganze Nagelbett bedeckt. Auch jene selteneren Fälle würden sich so erklären, in welchen der Nagel seine gute Form nie wieder erhält; in diesen gewinnt nämlich die vicarirende Hornmasse keinen festen Zusammenhang mit der Hornschicht des Nagelbettes, bröckelt frühzeitig ab und kann nicht zur Neubildung eines wohlgeformten Nagels Anlass geben. Es ist auch bekannt und nach dieser Anschauung sehr verständlich, dass man die Erzeugung einer regelrechten Nagelplatte sehr beschleunigen kann durch einen gleichmässig auf das Nagelbett ausgeübten Druck, z. B. vermittelst eines durch Heftpflasterstreifen fixirten Wachsnagels. Es ist gleichsam eine Verlängerung der Falzdecke bis an den vorderen Nagelrand, welche man hier künstlich erzeugt, und es ist begreiflich, dass der neue Nagel sich über das Nagelbett in gleicher Form weiter bewegt, als wie im Nagelbette selbst: in der Plattenform. Aus dieser Erörterung ergibt sich eine wichtige, bisher zu wenig beachtete Function des fertigen Nagels. Derselbe übt auf den werdenden Nagel einen Druck aus, welcher diesem dieselbe Plattenform aufdrückt, die der erstere bereits besitzt [1]). Die Thatsache, dass der Nagel unter einem besonders starken Druck verhornt (im Gegensatz zur freien Flächenverhornung) spricht sich ebenfalls, wie ich bereits 1875 nachgewiesen habe [2]) durch ein histologisches Moment aus, nämlich durch ein eigenthümliches Glitzern der Hornzellen auf feinen Schnitten, das der Nagel mit allen unter grossem Druck verhornenden Epithelien theilt (Hünerauge, Schwiele, Hauthorn, Pocken der Fusssohle, mein „Beethaar“ etc.).

---

[1]) Eine analoge Function schreibe ich für den embryonalen Nagel dem von mir sog. Eponychium zu.

[2]) Beitr. zur Histologie u. Entwickl. d. menschl. Oberhaut etc. p. 68.

§. 14.

Schliesslich möchte ich noch mit einigen Worten auf die allgemeine Charakteristik der Affectionen der Nagelplatte eingehen, mit besonderer Berücksichtigung derjenigen Momente, welche dieselben von den Affectionen des Nagelbettes scharf zu trennen erlauben, denn selbst in dieser Beziehung begegne ich nur wenigen Autoren (u. A. Kaposi), welche es mit dieser doch fundamentalen Unterscheidung ernst nehmen.

Alle krankhaften Stellen des Nagels, welche in derselben Richtung wie die Nagelplatte langsam, aber gleichmässig und stetig ihren Ort verändern, weisen auf eine Affection der Matrix hin. Alle krankhaften Stellen des Nagels dagegen, welche ihren Ort nicht verändern, sind auf eine Affection des Nagelbettes zu beziehen.

An diese ebenso einfachen wie nicht zu missdeutenden Fälle reihen sich jedoch andere, welche auf den ersten Blick eine weniger sichere Entscheidung zulassen. Es kommt vor, dass Affectionen des Nagels vom vorderen Rand gegen den Falz zu wandern. In diesen Fällen wäre man sicher berechtigt, eine Affection des Nagelbettes anzunehmen, aber gewiss auch häufig in der Versuchung, an eine Affection der schon fertigen Nagelplatte zu glauben, welche — etwa wie die Splitterung des fertigen Haares — vom äussersten Rande bis gegen die Matrix hin fortschreite.

Ich kann das Vorkommen rückläufiger Affectionen der Nagelplatte, welche ein Ausdruck von Matrixerkrankungen sein sollen, nicht geradezu bestreiten, habe ja auch bereits oben erörtert, dass eine Form der wahren Nagelatrophie in diese Kategorie gehören würde, jedoch halte ich dieselben für sehr selten und bin überzeugt, dass die meisten, welche für gewöhnlich diese Deutung erfahren, gar nicht als primäre Erkrankungen der Nagelplatte, abhängig von Affectionen der Matrix, aufzufassen sind, sondern nur als secundäre Degenerationen, die sich an Nagelbetterkrankungen anschliessen. Als ein Beispiel möchte ich jene durch Syphilis gesetzte Alteration anführen, welche in vollständigem oder theilweisem Abfall der eigentlichen Nagelplatte besteht. Dieselbe nimmt von vornherein den ganzen vorderen Bezirk des Nagelbettes oder das ganze ein, oder sie schreitet sogar von

vorne nach hinten über das Nagelbett zurück. Hier sind bisher wohl alle Autoren geneigt gewesen, eine eigentliche Nagelerkrankung anzunehmen. Aber der eben hervorgehobene Umstand weist auf eine Affection des Nagelbettes hin und wenn man diese Fälle genau verfolgt, bemerkt man auch, dass der eigentliche Nagel dabei nur passiv theilnimmt. Zuerst sieht man, meist symmetrisch, an den Zehen, besonders der grossen eine Farbenveränderung, indem vom vorderen Rand her der Nagel sich weissgelblich verfärbt. Diese Verfärbung hört in scharfer Querlinie meist mitten auf dem Nagelbette oder nahe dem Falze auf und rührt vom Eindringen von Luft unter den Nagel her. Sehr rasch bricht nun der Nagel an dieser Stelle quer durch und fällt, oft sogar unbemerkt vom Patienten, ab. Es ist gar nicht denkbar, dass durch einen mystischen Einfluss von der Matrix her durch ein gesundes Stück Nagel hindurch diese acute, partielle Nekrose — sit venia verbo — bewirkt wird.

An einem sehr eclatanten Fall dieser Art, den ich vor einem Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte, wurde mir die Pathogenese denn auch zu meiner Ueberraschung klar. Hier fiel die vordere Hälfte des Nagels einer grossen Zehe, sowie ich daran rührte, unter meinen Augen schmerzlos ab und es lagen ebensoweit in schönster Ordnung frei präparirt die longitudinalen Hornwälle des Nagelbettes bloss, welche die Leisten desselben bekleiden, jedoch — erheblich verdickt und das Niveau des gesunden hinteren Nagelbettes überragend. Es war also kein Zweifel, dass eine langsame aber stetige Expension der Hornschicht der vorderen Nagelbettpartie statthatte, weshalb diese den nach den Leisten der hinteren Nagelbetthälfte bereits definitiv geformten und mit Rinnen versehenen Nagel nicht mehr zu beherbergen vermochte. Es traten Spalten auf, in welche Luft eindrang und bei weiterem Vorschieben wurde der ganze vordere Theil abgehoben. Es lässt sich nebenbei aus der Pathologie kein schönerer Beweis für die vollständige Unabhängigkeit von eigentlichem Nagel und Hornschicht des Nagelbettes denken als dieser Vorgang.

Den secundären Degenerationen der Nagelplatte, hervorgerufen durch primäre Erkrankung des Nagelbettes schliessen sich endlich noch jene Degenerationen an, welche durch eine fremde Einlagerung, speciell durch eine Pilzinvasion hervorgerufen sind.

Auch diese, wie es scheint, sind stets secundärer Natur, indem die Nagelplatte selbst gewöhnlich erst von der Hornschicht des Nagelbettes aus inficirt wird. Zum Charakter dieser Krankheiten gehört natürlich ebenfalls die rückläufige Bewegung, welche an und für sich eine Erkrankung der Matrix freilich nicht ausschliesst, aber sehr unwahrscheinlich macht.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. I. Darstellung der Schichtungsebene. In beiden Figuren ist die Nagelmatrix *bc* genau gleich gross. Der eigentliche Nagel (Nagelplatte) ist schräg schraffirt und zwar in der Richtung der Schichtungsebene. Alle übrigen Hornschichten sind senkrecht schraffirt, die Stachelschicht überall punktirt und zwar an der Matrix am dichtesten.

I *A* Nagelplatte dünn. Schichtungsebene *f e* flach liegend.

I *B* Nagelplatte dick. Schichtungsebene *f e* steil ansteigend.

Fig. II. Totale Lageänderung der Schichtungsebene.

II *A* *b c*, *e f* Schichtungsebenen.

$e g = f h = g i$

g h Schichtungsebene bei gleichbleibender Proliferation von *b* und *c* aus.

g' h Schichtungsebene aufgerichtet durch doppelt so starke Proliferation von *b* wie von *c* aus.

II *B* *b c*, *m n* Schichtungsebenen.

$m o = n p \qquad m q < m o$

p o Schichtungsebene bei gleichbleibender Proliferation von *b* und *c* aus.

p o' Schichtungsebene gesenkt durch verzögertes Wachsthum von *b* aus.

Fig. III. Partielle Vorlagerung der Schichtungsebene und Einbiegung derselben.

III *A* *b m* rascher wachsender Nageltheil.

m c Nageltheil mit gleich bleibendem Wachsthum.

h i g' veränderte Schichtungsebene.

III *B* *m c* rascher wachsender Nageltheil.

b m Nageltheil mit gleich bleibendem Wachsthum.

g i h' veränderte Schichtungsebene.

Zur klinischen Charakteristik der Lepra anaesthetica.

Von Prof. **M. Rosenthal** in Wien.

Dem Wunsche meines geehrten Collegen Prof. Auspitz nachkommend, will ich die im letzten Bande dieses Archivs von Dr. M. Breuer genauer geschilderte Lepraform vom neuropathologischen Standpunkte näher zu beleuchten versuchen. Der von mir im hiesigen Rothschild-Spitale in Folge besonderer Freundlichkeit des Primararztes Dr. Oser untersuchte Fall vereinte in sich gewisse nicht minder seltene, als charakteristische Merkmale. Durch die in neuerer Zeit sich mehrenden histologischen Befunde wurden werthvolle Streiflichter über die anatomischen Verhältnisse und centralen Vorgänge bei Lepra verbreitet. Diese Befunde enthalten gleichsam die Aufforderung, schon während des Lebens, bei genauerer Aufnahme des Symptomenbildes, das Verhalten des Nervensystems schärfer ins Auge zu fassen. Die klinische Charakteristik soll einen ergänzenden Commentar zu den Daten der Pathologie liefern, soll zur Aufhellung der dunklen Krankeitsvorgänge hilfreiche Hand bieten. Als kleiner Beitrag hiezu möge die nachfolgende Erörterung freundliche Würdigung finden.

Der von Jerusalem zugereiste 24jährige Patient verbrachte angeblich vor 10 Jahren eine kalte Winternacht im Walde. Beim Erwachen von heftigem Froste durchschauert, eilte er in eine nahe gelegene Hütte, um seine starren Glieder zu erwärmen. In den nächsten Tagen stellten sich mehrstündige intermittirende Fieberbewegungen ein, mit nachfolgenden reissenden Schmerzen in den Gliedmassen. Bei Nachlass derselben kam es an den Fingern und Zehen zur Bildung von Blasen, die bald platzten und eine

gelbliche Flüssigkeit entleerten. Erst weiterhin machten sich Knoten an verschiedenen Körpergegenden bemerklich und trat allmälige Verkrüppelung der Hände und Füsse ein.

Bei Untersuchung des cachektisch aussehenden Kranken fand ich Parese der linksseitigen oberen und mittleren Facialisfasern, die besonders beim Sprechen deutlich in die Erscheinung tritt. Das linke Auge kann auch in der Ruhe nur unvollkommen geschlossen werden. An der Stirne und besonders an der linken Wange, unterhalb der Jochbrücke, sind haselnussgrosse, röthlichbraune, wachsartig glänzende Knoten vorfindlich. Auf dem linken Bulbus ist nach aussen und unten ein etwa haselnussgrosser Knoten postirt.

An den oberen und unteren Extremitäten sind unter der Haut sitzende, bohnengrosse, derbe Verdickungen durchzufühlen, die sich gegen Druck sehr empfindlich erweisen. In der Nähe der Hand- und Fussgelenke sind die oben beschriebenen Knoten in dichteren Gruppen anzutreffen. In der Umgebung des rechten Ellbogengelenkes ist eine bis auf die Gelenksbänder und Knochen reichende Ulceration vorhanden. In der Epitrochleargrube ist der N. ulnaris als starker, deutlich verdickter, auf Druck empfindlicher Strang zu fühlen und nach aufwärts eine Strecke weit zu verfolgen. Die Ober- und Vorderarme sind gut beweglich. Die ödematösen Hände in den Fingern gebeugt; letztere ungleichmässig auseinandergespreizt und durch partiellen Verlust der Phalangen (besonders der zweiten) verkrüppelt, die letzten Fingerglieder kolbig verdickt, mit rudimentären Nägeln versehen. Die Handrücken tief gefurcht, die Haut daselbst beträchtlich verdickt und schwer zu falten. Die Daumen- und Kleinfingerballen hochgradig atrophisch, das Greifen beiderseits sehr erschwert.

An den unteren Extremitäten sind vom Rande her bräunlichgefärbte, in der Mitte weisslich glänzende, rundliche oder mehr zackige Hautpartien (Hautnarben) bemerklich, die besonders über den beiden Kniescheiben auffällig erscheinen. In ähnlicher Weise wie die Finger sind auch die Zehen verkümmert und missgestaltet; die Füsse von plumpem Aussehen, beim Gehen geringe Beweglichkeit zeigend. Die Bewegungen der Oberschenkel sind prompter und kräftiger ausführbar als die der Unterschenkel. Am Rücken sind kleinere, weissliche Hautstellen zerstreut, doch keine Knoten

vorfindlich. Das linke Schulterblatt steht merklich höher als das rechte.

Die Prüfung der Empfindung ergab Ausfall der tactilen und Herabgesetztsein der farado-cutanen Sensibilität an der Hautfläche des Stammes, des Rückens, der seitlichen und hinteren Schenkelgegenden. Im Bereiche der Nv. ulnares ist die electrocutane Empfindlichkeit fast geschwunden, in den Gebieten der Nv. radiales und mediani beiderseits bedeutend vermindert. Bei elektrischer Reizung der Armgeflechte oder der entsprechenden Nervenstämme fehlt trotz der convulsiven Bewegungen jegliche Empfindung an der Peripherie. Der gleiche Befund ist auch bei galvanischer oder faradischer Reizung der Nerven der unteren Extremitäten zu constatiren.

Die Herabsetzung der Sensibilität wird ferner um so intensiver, je mehr man sich den weisslichen Hautnarben an den Schenkeln, über den Kniescheiben nähert; hier ist allenthalben die Haut vollständig unempfindlich gegen Stich und elektrische Reizung. Doch selbst an der scheinbar gesunden Haut der seitlichen Unterschenkel- und Wadengegenden kann eine lange Nadel durchgestochen werden, ohne im geringsten Schmerz zu erzeugen. Auch das Temperaturgefühl ist abhanden gekommen. Dagegen sind die Sehnenreflexe auffällig erhöht. Auf leises Beklopfen der Patellarsehnen werden die Unterschenkel lebhaft emporgeschnellt.

Die elektrische Reaction der Muskeln und Nerven weist an den verschiedenen Körperstellen mannigfache Abweichungen auf. Sie ist bald normal, bald hochgradig herabgesetzt oder gar vollständig erloschen. Normal ist das Verhalten der linksseitigen paretischen Gesichtsmuskeln und Nerven gegen den galvanischen und faradischen Strom. Hier sind, wie bereits früher erwähnt wurde, die oberen und mittleren Gesichtsmuskeln ergriffen, und dürfte der vorliegende Lepraknoten eine leichtere Infiltration der Nervenscheiden des Facialis erzeugt haben. Nach Carter[1]) sind lepröse Gesichtslähmungen sowie Gliedmassenverstümmlungen in Norwegen ungleich häufiger und hochgradiger anzutreffen, als in Westindien.

An den oberen Extremitäten unseres Patienten haben mittelstarke Ströme deutliche Reaction von Seite der Nerven und Muskeln

[1]) Transact. of the pathol. society. London 1862, t. XIII und XIV.

zur Folge. An den hochgradig atrophischen und gelähmten Daumen- und Kleinfingerballen ist jedoch beiderseits die galvanische sowie faradische Erregbarkeit erloschen; ein Gleiches gilt auch von den Interosseis. An den unteren Gliedmassen werden durch stärkere Reizung des N. cruralis, sowie der Oberschenkelmuskeln lebhafte Zuckungen ausgelöst. Dagegen erweist sich die Reaction der N. peronei und tibiales zu beiden Seiten als sehr matt, sowohl bei starker Faradisation, als auch bei einem Stromreiz von 30 Siem. Elementen. In ähnlicher Weise ist auch die Reaction der Tibiales antici, der Musculi peronei, sowie der Wadenmusculatur eine auffällig geringe. Doch konnte ich nirgends Entartungsreaction oder auch nur spätere Anzeichen derselben nachweisen.

Wie aus dem Gesammtbilde der vorgeführten Erscheinungen und elektrischen Befunde erhellt, deuteten die bilateral vorhandenen, ausgebreiteten und tiefgreifenden Störungen auf gewisse krankhafte Vorgänge in den Centren hin. Der Verfall der Empfindung im Bereiche gewisser spinaler Nerven, die Beeinträchtigung der sensiblen Leitungen in den Wurzeln und Geflechten, sowie in den anscheinend gesunden Hautterritorien des Stammes, die damit einhergehenden hochgradigen Ernährungsstörungen der Haut und peripheren Gebilde, die Atrophie und Lähmung der Handmuskeln, das Erloschensein, beziehungsweise die Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, die abnorme Steigerung der Sehnenreflexe, schliesslich die leichte Ermüdbarkeit der Beine, diese volle Summe der pathologischen Erscheinungen machte sich zu Gunsten der Annahme einer Affection der Centren, und zwar der spinalen Centren geltend.

Ehe wir mit Hilfe der Analyse versuchen wollen, den Entwicklungsgang der pathologischen Erscheinungen zu verfolgen, mögen noch die neuesten anatomischen Befunde im Nervensystem bei Lepra in Betracht gezogen werden. An die anatomischen Veränderungen in den Centren anknüpfend, wird die klinische Beobachtung um so leichter und sicherer die Frage über den eigentlichen Ausgangspunkt des Leidens ihrer Lösung näher bringen.

Es war bereits den ausgezeichneten Monographen der Lepra, Danielssen und Boeck[1]), nicht entgangen, dass bei der Autopsie

[1]) Traité de la Spedalsked ou éléphantiasis des Grecs, Paris 1848.

sich häufig eine derbere Consistenz und Atrophie des Rückenmarkes vorfinde, nebst schmutziggelber Verfärbung der grauen Substanz und Rarefaction der Ganglienzellen. An der hinteren spinalen Fläche war Meningitis nachzuweisen, welche sich bisweilen auch auf die hinteren Wurzeln fortpflanzte. Ueberdies wurden die entzündlichen Veränderungen an den peripheren Nerven gewürdigt, welche später Virchow[1]), Bergmann[2]) etc. als Perineuritis deuteten, die in Verdrängung und Schwund der Nervenröhren durch interstitielle Zellwucherung bestand.

Zwanzig Jahre nachher fand Steudener[3]) in einem Falle von Lepra hochgradige Erweichung (colloïde Umwandlung) der grauen Substanz des Rückenmarkes, besonders in den Hinterhörnern und in der grauen Commissur. Die in den Armnerven erweisliche Bindegewebswucherung wurde für blosse Complication gehalten. In einem späteren Falle von Langhans[4]) wurde nebst Erweichung der hinteren Hörner und grauen Commissur, auch Erweichung der Clarke'schen Säulen constatirt. An Stelle derselben war eine Höhle, die vorzugsweise in querer Richtung das Rückenmark durchsetzte, und auf der Höhe der stärksten Entartung (Halsanschwellung und oberem Brusttheile) an der frischen Schnittfläche die graue Substanz vollständig zu verdrängen schien. In der Umgebung der Erweichung fand sich vorzugsweise Anhäufung von Zellen, die dem Process den Charakter der Myelitis verlieh. Die hinteren und seitlichen Stränge waren besonders im oberen Halsmarke grau degenerirt.

In jüngster Zeit wurde von Tschirjew[5]) gleichfalls bei der Autopsie eines Leprösen ein Erfülltsein des Centralkanales im Halsmarke von zahlreichen Rundzellen, sowie Atrophie der Zellen der Hinterhörner und der Clarke'schen Säulen nachgewiesen. Die Ganglienzellen waren vermindert, zumeist ihrer Fortsätze beraubt, von undeutlicher Begrenzung und geringer Protoplasma-Masse; auch an Gefässchen und Capillaren auffällig ärmer. Die Venen des Rückenmarkes congestionirt, in den vorderen Theilen des lin-

[1]) Die krankhaften Geschwülste, 2. Band.
[2]) Die Lepra in Livland, 1870.
[3]) Beitr. zur Pathol. der Lepra mutilans, Erlangen 1867.
[4]) Virch. Arch., 34. Band 1875, p. 169.
[5]) Arch. de Physiolog. 1879, p. 615—623.

ken Hinterhornes kleine Hämorrhagien, in den Spalten der grauen Substanz extravasirte rothe Blutkörperchen vorfindlich. Die Vorderhornzellen von ganz normalem Ansehen. Die hinteren Nervenwurzeln stellenweise nur wenig verdickt. Die Spinalganglien, sowie die Nervenstämme in ihrem Längenverlaufe waren bei der Untersuchung nicht mehr vorgelegen. An den Hautdurchschnitten der Phalangen fanden sich blos Bindegewebsfasern, die kleine Rundzellen einschliessen, und nur hin und wieder waren zwischen diesen Fibrillen Reste von degenerirten Nervenröhren zu sehen. An den kleinsten Gefässen war Endarteriitis vorhanden.

Durch die übereinstimmenden Aussagen der angeführten Befunde wird dargethan, dass bei der Lepra anaesthetica jene hinteren Segmente der grauen Hörner und der Commissurfasern tiefe Veränderungen darbieten, die bekanntlich in innigen Beziehungen zur Sensibilität stehen. Hand in Hand mit jenen Störungen in den spinalen Centren gehen die in den peripheren Nervenbahnen vorfindlichen entzündlichen Entartungen. Es tritt nun die Frage an uns heran: ist die Myelitis der Hinterhörner das Primäre und Bedingende, welches erst weiterhin eine descendirende Neuritis im Gefolge hat, oder ist vielmehr die Neuritis der primäre Process, welcher aufsteigend die sensiblen grauen Centren ins Mitleid zieht? Für beide Möglichkeiten lassen sich gewisse Gründe geltend machen. Nur durch die pathologische Beobachtung und kritische Prüfung kann die Alternative nach einer Richtung entschieden werden.

Für den primären Ausgangspunkt des Processes vom neuritischen Boden sprechen gewisse initiale Krankheits-Erscheinungen. Wie auch in unserem Falle können nach heftiger Durchkältung, unter Fieberbewegungen neuritische Reizungen an den Gliedmassen auftreten, die zu baldiger Bildung von Blasen, erst in späterer Zeit von Knoten führen. Die irritativen Vorgänge würden demnach zunächst active Gewebsstörung in der Haut erzeugen, und von deren Nerven auf ihrem weiteren Wege durch die gemischten Nervenstämme vorzugsweise auf die sensiblen Faserzüge übergreifen, längs derselben zu den Plexus zu den hinteren Wurzeln gelangen und sich auf deren Einmündung in die grauen Hintersäulen verbreiten.

Diese Annahme findet in gewissen experimentellen Untersuchungen eine Stütze. Den Versuchen von Tiesler, Feinberg und Klemm zufolge pflanzt sich die am Ischiadicus von Thieren

gesetzte künstliche Entzündung auf das um die Dura befindliche Zellgewebe in Form von Peripachymeningitis fort, und kann in manchen Fällen zur Entstehung von Myelomeningitis und Myelitis den Anstoss geben. Bei Eröffnung des Rückenmarkskanales findet sich an der Austrittsstelle des Plexus ischiadicus ein Entzündungsherd in der Medulla spinalis, mit mikroskopisch erweislicher, reichlicher Bildung von Körnchenzellen und Eiterkörperchen.

Die Ansicht mancher Pathologen über centripetale Propagation der ursprünglich peripheren Nervenerkrankung schöpft ihre Kraft vorzüglich aus der Beweisführung Friedreich's, betreffs der Entwicklung von progressiver Muskelatrophie. Letztere Affection soll bekanntlich nach Friedreich aus einer chronischen, fortschreitenden Muskelentzündung hervorgehen, welche durch Uebergreifen der Veränderungen auf die intramusculären Nerven, Nervenstämme, Geflechte und Vorderwurzeln zu secundären Entartungen in den grauen Vordersäulen führt. Die überwiegende Mehrzahl der Beobachter hält jedoch die Affection für centralen, neurotischen Ursprunges, sich darauf berufend, dass die Entartung der Vorderwurzeln nicht der jeweiligen Erkrankungsintensität der Vordersäulen proportional sei; dass die Combinationen mit anderen erwiesenen Spinalleiden, mit trophischen Knochen- und Gelenksstörungen, sowie mit umschriebenen Strangsklerosen auf den Ursprung im Rückenmark hindeuten.

In analoger Weise lässt sich auch bei der Lepra anaesthetica darthun, dass dieselbe nicht in aufsteigenden neuritischen Processen beruhe. Trotz entzündlicher Veränderungen in den spinalen Centren und peripheren Nervenstämmen, fehlt das Bindeglied centripetaler Vorgänge, da in allen neueren Beobachtungen die hinteren Wurzeln intact gefunden wurden. In dem oben geschilderten Falle war das elektrische Leitungsvermögen in den dem Centrum näher gelegenen Nervenbahnen erhalten, in den peripheren dagegen abgängig. Die Erfahrung lehrt ferner, dass gerade Neuritiden mit beträchtlichen hyperplastischen Bildungen eine geringe Tendenz zum Wandern, zum Fortkriechen aufweisen. Auch liegen keine beweiskräftigen Beobachtungen vor, welche die Entstehung von deutlicher Myelitis aus primärer Neuritis (nicht traumatischen Ursprunges) darthun würden. Schliesslich sei noch hervorgehoben, dass bei der sogenannten Lepra tuberculosa, trotz hochgradiger interstitieller Neuritis

das Rückenmark keine Läsion darbietet (Boeck und Danielssen). Auch in zwei (offenbar hiehergehörigen) Fällen von Lepra konnte Leyden [1]) weder in der Substanz, noch in den grauen Säulen des Rückenmarkes eine Spur von Erkrankung nachweisen. Die angeführten Momente sprechen demnach gegen die Berechtigung der Annahme, dass der Lepra Graecorum eine Neuritis zu Grunde liege, die erst weiterhin secundär das Rückenmark ergreife.

Nach Ablehnung dieser Auffassung erübrigt blos die Erklärung, dass die Myelitis der Hinterhörner als das Primäre und Bedingende bei der Lepra anzusehen sei, und die absteigende Neuritis als weiterer secundärer Vorgang resultire. Dieser Standpunkt liefert den befriedigendsten Commentar für die pathologischen Erscheinungen. Aus der Myelitis der grauen Hintersäulen, die man füglich als Poliomyelitis posterior chronica bezeichnen kann, wird es erklärlich, dass der primäre Reizzustand der Ganglienzellen die initialen neuralgischen Schmerzen bei Lepra erzeugt; dass bei Zunahme der centralen Läsion doppelseitige sensible Leitungsstörungen im Bereiche der Wurzeln, Geflechte und Nerven, bis zu allgemeiner Herabsetzung der Hautempfindung zu Stande kommen; dass durch die Invasion von trophischen Centren hochgradige Ernährungsstörungen an der Peripherie auftreten; dass die Sehnenreflexe eine Steigerung aufweisen, so lange, den jüngsten Befunden Westphal's [2]) zufolge, die äusseren Hinterstrangsbündel noch verschont sind.

Die herdweise Myelitis führt in manchen Formen weiterhin absteigend zu entzündlicher Schwellung und Verdickung der Nerven (nach Befunden von Mannkopf und Leyden); zu diffundirenden, unaufhaltsam fortschreitenden, peripheren Entzündungen und Neubildungen, mit besonderer Tendenz zur Destruction und Gangrän, wie sie der einfachen Neuritis nicht eigen ist; schliesslich zu Combination mit Lähmung und Schwund der Muskeln, nebst Verfall der elektrischen Erregbarkeit.

Die im oben geschilderten Falle an den Händen erweisliche progressive Muskelatrophie, die auch bei einem Kranken von Lamblin [3]) sich vorfand, weist darauf hin, dass die entzünd-

[1]) Klinik der Rückenmarkskrankh. II. Bd. p. 234.

[2]) Berliner klin. Wochenschr. Nr. 1 und 2, 1881.

[3]) Étude sur la lèpre. Paris 1871.

lichen Veränderungen der grauen Hinterhörner bisweilen auch nach den vorderen ausgreifen können. Als Andeutung dieser Alteration waren beim Falle von Tschirjew im Dorsaltheile Vorderhornzellen mit wenigen Fortsätzen und minder deutlichen Contouren zu sehen, während der Lendentheil zahlreiche, schön geformte Ganglienzellen mit vielen Fortsätzen darbot. Im Falle von Langhans war Zelleninfiltration in den Wänden der Gefässe vorhanden, welche von der vorderen Längsspalte in die weisse Commissur und in die grauen Vordersäulen eindringen. Ueberdies erstreckte sich die diffundirende Erweichung der Hinterhörner auch auf die nachbarlichen Hinter- und Seitenstränge, die grau entartet waren.

Noch möge hier eine sowohl bei progressiver Muskelatrophie als auch bei Lepra anaesthetica anzutreffende, typische Erkrankungsform des Rückenmarkes einer näheren Anführung gewürdigt sein; es ist dies die sogenannte centrale Höhlenbildung in der Medulla spinalis. Diese im Innern des Centralorganes in beträchtlicher Längenausdehnung vorfindliche Höhlung kann als angeborene Hemmungsbildung vorkommen (Hydromyelus), oder als erworbener Process (Syringomyelie) vorhanden sein. Letztere von den centralen Theilen des Rückenmarkes ausgehende Form wird durch hypertrophische Neubildung des Ependyms bedingt, aus welcher sich durch centralen Zerfall die Höhle entwickelt. Durch stetige Erweiterung derselben kann es zu Atrophie der Hinterstränge, und durch Uebergreifen auf die grauen vorderen Säulen zur Entstehung von progressiver Muskelatrophie kommen.

Eine analoge Kanalbildung in der centralen grauen Substanz fand sich in den angeführten Leprafällen von Steudener und Langhans. Durch colossale Erweiterung der Hinterhörner, der Clarke'schen Säulen und grauen Commissur, bildete sich an Stelle derselben eine das Rückenmark (besonders im Hals- und Brusttheile) quer durchsetzende Höhle, offenbar in Folge von Zerfall eines myelitisch erweichten Herdes. Hier fand vorzugsweise Consumtion der hinteren Hörner und Commissur statt, die nicht selten bei der Syringomyelie blos seitlich verschoben erscheinen, ohne wesentliche Schädigung der Structur.

Zum Schlusse sei noch in ätiologischer Beziehung hervorgehoben, dass bei der anästhetischen Lepra sowohl das Vorkommen

in den ältesten Zeiten, als auch ihr endemisches Auftreten in bestimmten Klimaten und Gegenden darauf hindeuten, dass durch Heredität oder gewisse äussere Verhältnisse eine geringere Widerstandsfähigkeit, eine Disposition zu Erkrankung der grauen hinteren Spinalsubstanz geschaffen werden könne. Aus ähnlichen Gründen sehen wir unter dem Drucke hereditärer Belastung oder äusserer Anlässe, die Zellen des vorderen Rückenmarksgrau erkranken und progressive Muskelatrophie entstehen. In anderen Fällen treten diese Zellenverbildungen in Combination mit spinalen Strangsklerosen, oder ist es die weisse Marksubstanz, die den Boden für die Entartungstendenzen gewisser Nervenbahnen abgibt. In jüngster Zeit fand Jarisch in Wien die grauen Säulen bei verschiedenen Hautkrankheiten alterirt. Nur weitere sorgfältige klinische und anatomische Studien können unsere Kenntnisse über die functionelle Topographie der corticalen Rückenmarkscentren fördern und reifen helfen.

Zur Genese der hereditären Syphilis.

Vortrag

gehalten in dem Verein für wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg in Preussen am 13. December 1880

von

Prof. J. Caspary.

Meine Herren, es ist bald ein Jahr her, dass in der Wiener Gesellschaft der Aerzte eine erregte Discussion über eine Cardinalfrage der hereditären Syphilis stattfand. Sowohl wegen des Gegenstandes, als weil mein Name öfter dabei genannt wurde, hatte die Sache für mich ein besonderes Interesse. Dazu kam noch, dass die Redaction der Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis in Wien die freundliche Aufforderung an mich richtete, über die widerstreitenden Ansichten der Herren Vajda und Kassowitz einen eigenen Aufsatz zu schreiben. Ich glaubte damals ablehnen zu müssen; einmal weil nur dürftige Sitzungsberichte über jene Vorträge vorlagen; dann aber auch, weil ich meinen früher veröffentlichten Beobachtungen und Experimenten nichts Neues hinzuzufügen hatte.

Seitdem sind die beiden Vorträge, der eine zu Anfang, der andere in der Mitte des Jahres 1880 gedruckt und durch die Güte der Autoren mir zugesandt worden. Von anderen Seiten sind werthvolle Beobachtungen mitgetheilt und halbvergessene Theorien wieder aufgestellt worden, so dass ich es für gerechtfertigt halte, im Anschlusse an meine früheren Vorträge in unserem Verein, heute über den Stand der Dinge zu referiren.

Die Frage, um die es sich bei jener Discussion im Wiener Aerzteverein handelte, ist die nach der Genese der hereditären

Syphilis. Wenn Kassowitz mit seiner Publication vom Jahre 1876 Recht hatte, so war der Vererbungsmodus sehr einfach: Nur durch krankes Sperma oder krankes Ovulum konnte die Infection zu Stande kommen; das Blut der Mutter war ohne Einfluss auf specifische Infection, sowie andererseits ein vom Vater her kranker Fötus auch die Mutter nicht inficiren konnte. „Das syphilitische Contagium überschreitet die Scheidewände des mütterlichen und des fötalen Gefässsystems weder in der Richtung von der Mutter zum Kinde, noch in der entgegengesetzten von dem Kinde zur Mutter“ — so lautete das kategorische Urtheil von Kassowitz. Diese klare und einfache Hypothese, die auf theils klinische, theils theoretische Beweisführung gestützt war, fand fast allseitige Zustimmung. Zu den wenigen Dissidenten habe ich gehört [1]) und wenn ich mir erlaube, hier in gedrängter Kürze die Hauptpunkte meines Protestes zu wiederholen, so darf ich wohl hinzufügen, dass ich bis heute nichts zurückzunehmen habe, während Kassowitz sich zu gewichtigen Concessionen genöthigt sieht.

Einmal hatte Kassowitz behauptet, die Erkrankung bei hereditärer Syphilis differire in marcantester Weise von den Symptomen der acquirirten Lues. Ich hatte damals erwiedert, das ich glaubte sicher erwiesen zu haben, dass die hereditäre Syphilis gerade so contagiös sei und das Contagium dieselben Produkte hervorbringe, wie die acquirirte, dass ein Impfversuch, den ich an zwei hereditär-syphilitischen Kindern mit dem Secrete ulcerirter Papeln von einem Falle mit acquirirter Syphilis anstellte, negativ ausgefallen sei, dass ich mir die Differenzen in den Symptomen durch die viel marcanteren Differenzen in allen Lebensbedingungen des Fötus und des geborenen Individuums zu Stande gebracht denke. Folgerichtig hätte K. auch die Identität der Affection bei der ersten, die schwersten Symptome der Lues zeigenden Frucht einer Syphilitischen und etwa der letzten, die erst Monate nach der Geburt an Haut- und Schleimhautleiden leicht und heilbar erkrankt, bestreiten müssen.

Gegen die Angabe Kassowitz's: eine nicht syphilitische Mutter könne ein syphilitisches Kind gebären und auch weiterhin gesund bleiben, hatte ich erwiedert, dass ich solche Frauen für

[1]) Diese Vierteljahresschrift 1877 p. 481.

latent syphilitisch halte. Einmal nach — nur mit Vorsicht zu verwerthenden — Beobachtungen von Hutchinson, Zeissl, Bärensprung, mir u. A., denen analoge Beobachtungen Darwin's aus dem Thierleben sich anreihen. Vor Allem wegen der Nicht-Infection der säugenden Mutter von ihrem hereditär-syphilitischen Kind, dem auch ein von mir gemachter Impfversuch an solcher Frau mit negativem Ergebniss entsprach.

Gegen die Behauptung von Kassowitz endlich, dass die im Verlaufe der Schwangerschaft acquirirte Syphilis der Mutter auf den von der Zeugung her gesunden Fötus nicht übertragen werden könne, hatte ich keine klinischen Erfahrungen anzuführen. Desto mehr hatte ich gegen die theoretische Begründung einzuwenden, warum eine solche Infection von vorne herein unmöglich erscheine: „Das offenbar an Blutkörperchen gebundene Contagium der Syphilis könne bei der complicirten Beschaffenheit der Scheidewände zwischen mütterlichem und fötalem Blute unmöglich aus einem Kreislaufe in den anderen gelangen.“ Von meinen Gründen gegen diese Annahme will ich nur den einen, mehr factischen, anführen, dass ich wenigstens für das Kaninchen den Durchtritt der unnachgiebigen Zinnoberkörnchen durch die Placenta in die Circulation des Fötus experimentell nachweisen konnte.

Wie Sie sehen, dreht sich der Streit hauptsächlich um die eine Frage: Sind Sperma- und Eizelle allein die Infectionsträger, oder kann das mütterliche Blut auch inficiren, und kann dieses auch vom Fötus her inficirt werden? Aber auch ganz andere Modi der Vererbung sind in den letzten Jahren wieder geltend gemacht. A. Wolff in Strassburg [1]) erklärt die paterne Infection für unmöglich; immer sei die vorgängige manifeste Syphilis der Mutter das nothwendige Mittelglied; bleibe die Mutter gesund, so gehe auch der Fötus ungestraft aus. Man könnte glauben, diese alte Behauptung französischer Syphilidologen sei gegenüber so vielen neueren Beobachtungen hinfällig geworden. Aus den 11 Fällen Wolff's ersehe ich nur die Bestätigung der alten Erfahrung, dass mercurielle Behandlung zeitweise oder auch gänzlich die Infection des Fötus verhindert, ebenso wie eine lange Zwischenzeit zwischen

[1]) Zur Frage der paternen Infection bei hereditärer Syphilis. Strassburg 1879.

Infection und Zeugung. Solche Fälle habe ich auch beobachtet und gelegentlich veröffentlicht. Jüngst hat Fournier[1]) 87 solcher Fälle inficirter Männer mitgetheilt, die 156 gesunde Kinder gezeugt und ihre Frauen nicht inficirt haben; 35 von diesen Männern sind später von verschiedenen, z. Th. tödtlichen Recidiven befallen worden. Aber Fournier selbst zweifelt gar nicht an der paternen Infection, wenn sie auch selten sei. Er selbst hat 8 Fälle der Art gesehen, von denen er freilich einige für nicht voll beweiskräftig hält.

Dann hat Fournier[2]) eine seltsame Behauptung Bärensprung's, die keinerlei Bestätigung erfahren hat[3]), und die, wie Zeissl sagt, viel belächelt ist, wieder aufgefrischt: „Der Samen eines syphilitischen Mannes, welcher unter gewöhnlichen Umständen unschädlich für die Frau ist, inficirt sie, sobald er sie befruchtet“[4]). Bärensprung hatte sich noch die Mühe genommen, jeden seiner Fälle, so genau er konnte, zu erzählen und hatte doch nur erreicht, dass man sich sagte, der in der gewöhnlichen Weise erfolgte und zu den gewöhnlichen Folgen führende Primäraffect sei übersehen worden. Fournier resumirt nur. Da er die den (Abraham Colles'- und) Bärensprung'schen Fällen analogen Beobachtungen zusammenwirft mit aller Infection der Mutter von dem Fötus her, so lässt sich nicht ersehen, wie häufig er selbst hiehergehörende Erfahrungen gemacht zu haben glaubt. Aber er ist nicht misszuverstehen: „Ein junges, keusches und gesundes Mädchen hat sich mit einem syphilitischen Manne verheiratet, dessen Krankheit noch nicht erloschen ist. Einige Monate später hinzugerufen, finden sie dieselbe syphilitisch. Sie finden sie etwa afficirt von zweifellos secundären Symptomen, als Syphiliden, Plaques muqueuses der Mundschleimhaut, acneiformen Krusten des Capillitium, Schwellungen der Cervicaldrüsen, Kopfschmerzen, umherziehenden Neuralgien, Abgeschlagenheit, intermittirenden Fieberanfällen, Haarausfall etc. Kein Zweifel möglich! Cette femme

---

[1]) A. Fournier, Syphilis et Mariage. Paris 1880. p. 231.

[2]) ibidem p. 24.

[3]) Die Zustimmung Geigel's — Geschichte, Pathologie und Therapie der Syphilis. Würzburg 1867. p. 297 — beruhte allem Anscheine nach nicht auf eigenen Erfahrungen.

[4]) Die hereditäre Syphilis. Berlin 1864. p. 51.

est bel et bien syphilitique.“ — Die Untersuchung ergibt keine Spur eines Primitivsymptoms, noch indolenter Bubonen in der Nähe der beargwöhnten Stelle. Die Ehemänner — und darunter in Fournier's Praxis Aerzte — sind nicht nur frei von jedem infectiösen Symptom, sondern behaupten, seit Eingehung der Ehe, bei äusserster Achtsamkeit, nie ein solches gefunden zu haben. Schlussfolgerung Fournier's: „Eine gesunde Frau ist mit einem syphilitischen Manne verbunden; so lange sie nicht schwanger wird, bleibt sie frei, aber sie wird schwanger und sofort wird sie von Syphilis befallen.“ Die Deutung ist kühn: „Die Syphilis der Frau stamme nicht von dem Vater her, sondern von der Frucht. Die Thatsache habe gar nichts Auffallendes. Ein gesunder Körper trage einen syphilitischen Organismus in sich. Nicht die Infection der Mutter stelle unter solchen Umständen ein überraschendes Factum dar; überraschend wäre es, wenn die Mutter solchen Gefahren der Ansteckung widerstände.“ Bärensprung hatte die Theorie des Choc en retour für diese Fälle unanwendbar gefunden, weil der Ausbruch der secundären Erscheinungen schon einige Monate nach dem Beginne der Schwangerschaft erfolgt war. Gleichviel, es bleibt die Erfahrung Fournier's: dagegen protestiren ist natürlich unmöglich. Fournier sagt's und Fournier ist ein ehrenwerther Mann; mehr noch, er ist ein ausgezeichneter Beobachter und der hervorragendste Syphilidolog des heutigen Frankreich. Da heisst es, weiter aufpassen und nachuntersuchen. Vorläufig muss es erlaubt sein, sich skeptisch zu verhalten.

Eine andere Antiquität hat Zeissl[1]) zu beleben versucht: „das Sperma auch bei Nicht-Befruchteten könne inficiren“[2]) u. s. f. Immer kehren die alten Behauptungen wieder, und man irrt am Ende, wenn man die Frage nach der Genese der hereditären Syphilis vereinfacht glaubte. Einen geringen Trost gewährt es dabei, wenn man anerkannte Autoren von allen Zweifeln frei auf

[1]) Wiener med. Wochenschrift 1880, Nr. 4 und 5.

[2]) Der von Zeissl jun. zur Stütze dieser Ansicht (Allgem. Wiener med. Zeitung 1879 Nr. 51) mitgetheilte Fall ist doch zu merkwürdig, als dass nicht Zweifel besonders über die frühere Gesundheit der Frau aufkommen müssten: Sechs Monate nach der Verheiratung Welkerwerden der Frau, Haarausfall, schmerzhafte Knochenauftreibungen an beiden Tibien. Nach mehrmonatlichem Jodgebrauch schwinden alle Symptome für immer.

dem Wege findet, den man selbst für den rechten hält. Geigel, der bekanntlich ein interessantes Buch über Geschichte und Pathologie der Syphilis geschrieben, hat neuerdings in einer Polemik gegen Cohnheim [1]) auch die Genese der hereditären Syphilis in Betracht gezogen. Die intrauterine Infection des gesund gezeugten Fötus ist ihm so zweifellos; Bärensprung's, seine eigene [2]), Kassowitz's Negirung bleiben so ganz und gar unbeachtet, dass es erfreulich und erstaunlich zugleich ist zu lesen. Aber wenn der Autor fortfährt: „die unter dem Einflusse der Syphilis erzeugte Frucht zeige nur noch tertiäre, zwar noch specifische, aber kaum mehr infectiöse Formen der Krankheit", so bekommt man doch den Eindruck, als ob Geigel sich gegen das seither Verhandelte überhaupt ablehnend verhalte.

Ich wende mich zurück zu dem Streite zwischen Vajda und Kassowitz. Die Ansichten von Wolff, Fournier, Zeissl werde ich unberücksichtigt lassen. Die erste scheint mir durch die Masse der entgegenstehenden Beobachtungen paterner Infection erdrückt zu sein. Und für die seltsamen Behauptungen von der die Frau inficirenden Kraft des befruchtenden oder nicht befruchtenden Sperma glaube ich so stricte Beweismittel fordern zu dürfen, wie sie Zeissl in Fällen von Choc en retour und ich in Fällen hereditärer Syphilis zu bringen gesucht haben. Zeissl [3]) hat zwei Frauen, die an syphilitische Männer verheiratet waren, die eine durch zwei Jahre, die andere über ein Jahr lang fast täglich auf Syphilis untersucht und sicher constatirt, dass ohne Primärsymptom nach Geburt syphilitischer Kinder Allgemeinsymptome eintraten. Ich komme darauf noch zurück. Um den ersten Ausbruch der syphilitischen Symptome an einem Zwillingsknaben, dessen Schwester früh und schwer erkrankt war, nicht zu übersehen, habe ich [4]) durch eine Reihe von Monaten wöchentlich mindestens einmal, oft zweimal das Kind von Kopf zu Fuss untersucht. Aehnlich beim gesuchten Nachweis einer Ammeninfection [5]) von hereditär-syphi-

[1]) Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. XXV. Heft 1 u 3, p. 288.
[2]) Geigel l. c. p. 298.
[3]) Zeissl l. c.
[4]) Berliner klin. Wochenschrift 1875 Nr. 13.
[5]) Berliner klin. Wochenschrift 1875 Nr. 41.

litischem Kinde. So mussten auch Fournier und Zeissl verfahren, wenn sie ihre Theorien plausibel machen wollten.

Kassowitz nun, der energische Gegner der Blutinfection, sieht sich durch zwei Momente genöthigt, die Schroffheit seiner früheren Theorie zu mildern; einmal durch die Ueberzeugung, dass trotz aller Aufmerksamkeit auch nicht ein Fall zu ermitteln war von Ansteckung der scheinbar gesunden Mutter von ihrem hereditär-syphilitischen Kinde, und durch das damit übereinstimmende Resultat der von mir gemachten Impfung an solcher Frau. Freilich ist seither eine angebliche Infection gemeldet: Guibout[1]) erzählt, er habe Herrn A. Fournier, der nie eine Abweichung von der „loi de Colles" gesehen hatte, einen solchen Fall gezeigt, eine Frau, die ein syphilitisches Kind geboren hatte, ohne selbst inficirt zu sein. Diese Frau hatte ihr Kind gestillt und davon vier Schankergeschwüre erhalten, darunter ein indurirtes, durch Fournier selbst diagnosticirtes, alle vier um die (linke) Brustwarze sitzend. Dies die wörtliche Uebersetzung der Guibout-schen Mittheilung. Ich übergehe alle sich aufdrängenden Fragen, ob die Lues des Kindes hereditär war oder acquirirt, ob secundäre Formen bei der Mutter folgten u. s. f. In seinem ein Jahr später erschienenen, schon mehrfach erwähnten Buche schreibt Fournier[2]): „Bis auf diesen Tag habe ich nicht ein einziges zuverlässiges Factum beobachtet, das in Widerspruch stände mit dem Gesetz von Colles."

Kassowitz gibt nun auch diese Position verloren, aber um zu retten was möglich ist, proponirt er in bescheidenster Weise, „nicht eine Theorie, sondern eine ziemlich vage und auf entfernten Analogien beruhende Hypothese." — Gut, diese Frauen sind nicht inficirbar, aber sie sind auch nicht inficirt, nicht latent syphilitisch, denn sie zeigen kein Symptom von Syphilis. Nicht das syphilitische Gift, sondern das immun machende Agens ist vom Fötus auf sie übergegangen. Wie die Kinder[3]) der von Underhill erfolgreich vaccinirten Schwangeren gegen Vaccine

---

[1]) Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de la peau professées à l'hôpital St. Louis. Paris 1879. p. 154.

[2]) l. c. p. 225.

[3]) Es handelte sich hier nur um ein Kind.

unempfindlich waren, wie die Lämmer der 700 von Rickert mit Ovine geimpften trächtigen Mutterschafe gegen Ovine, so sei es denkbar, dass von dem syphilitischen Fötus das immun machende Agens diesmal in umgekehrter Richtung in den mütterlichen Organismus eingedrungen sei.“ Ich halte diese Hypothese nach allen Seiten hin für unannehmbar. Einmal sind auf Bollinger's[1]) Empfehlung hin an zwei Instituten Vaccinationen schwangerer Frauen vorgenommen worden, alle in der letzten Zeit der Gravidität. In Gast's 16 Fällen[2]) ist in jedem Falle Erfolg bei der Mutter und in jedem Falle auch Erfolg bei dem in den ersten Lebenstagen geimpften Kinde zu verzeichnen gewesen. In Burckhardt's 8 Fällen[3]) erwiesen sich die Kinder sieben Mal immun; im achten Falle (erfolglose Vaccination der Mutter) schlug die Impfung an. Jedenfalls erklärt sich die durchgängige Immunität der in Rede stehenden Mutter syphilitischer Kinder aus der angezogenen Analogie nicht. Sieht man sich nach den theoretischen Deutungen der Immunität um, so könnte man die chemischen Theorien zu Gunsten Kassowitz's anziehen. Aber sehen wir auch davon ab, dass einmal die parasitäre Natur des Syphilisgiftes bisher nur wenige Vertheidiger findet; dass ferner der dauernde Verbleib jener durch die einmalige selbstmörderische Thätigkeit der Spaltpilze erzeugten oder der dauernde Mangel der einmal durch sie aufgezehrten chemischen Substanzen im Blute Bedenken erregen muss; — ist nicht die Analogie zwischen Variola-Vaccine und Syphilis auch sonst unhaltbar? Findet sich bei Vaccinirten oder Variolisirten irgend Aehnliches dem immer wieder sich offenbarenden, erzeugenden, ansteckenden Virus der Syphiliskranken? Ferner: Spricht Kassowitz auch heute noch, wie ehedem, den Beobachtungen von Hutchinson, Bärensprung, Zeissl u. A., die gesund erscheinende Mutter hereditär-syphilitischer Kinder nach wiederholten Geburten an meist tardiven, tertiären Formen erkranken sahen, jede Beweiskraft ab? Wie sorgsam Zeissl dabei vorgegangen ist, habe ich oben erzählt; in einem eigenen, mit aller Reserve mitgetheilten Falle[4]) habe ich

[1]) Volkmann's Sammlung klin. Vorträge Nr. 116.
[2]) Schmidt's Jahrbücher Bd. 183 p. 201.
[3]) Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 24 p. 506.
[4]) Berliner klin. Wochenschrift 1875 Nr. 13.

darauf hingewiesen, wie eine vorgängige Erkrankung der Frau kaum ganz auszuschliessen sein wird. Aber für alle diese Fälle eine solche Verschuldung oder Verheimlichung anzunehmen, wäre doch auch zu pessimistisch.

Wie nun, wenn Jemand den Spiess gegen Kassowitz umkehrt und behauptet, es könne auch umgekehrt das immun machende Agens (allein) von der Mutter zum Kinde hinüberschwimmen, darum erschienen gesund die von gesunden Vätern gezeugten Kinder scheinbar gesunder Mütter, die vorher von kranken Vätern syphilitische Früchte geboren hätten. Diese Kinder seien aber nicht ganz unberührt, sie seien eben immun. Wird Kassowitz diese Ausdehnung acceptiren? Ein solcher — unbewusster — Opponent ist bereits da. Fournier, in allen Punkten Gegner der Kassowitz'schen Theorien, spricht sich so aus[1]): „Ein Kind, das gesund geboren ist, obwohl es von syphilitischen Eltern stammt, hat niemals Syphilis acquirirt von der stillenden Mutter. Niemals habe ich dergleichen gesehen und kenne kein einziges Beispiel einer Mutter, die ihr gesund geborenes Kind ansteckt, indem sie ihm als Amme dient. Selbstverständlich spreche ich hier nur von Müttern, die die Syphilis vor oder während der Schwangerschaft erworben haben."

Ein zweiter Stoss ist gegen Kassowitz's Theorie durch eine sorgsame Beobachtung von Zeissl jun.[2]) über Infection des Fötus in utero geführt worden. Mann und Frau zur Zeit der Zeugung des Kindes zweifellos gesund, da der Autor ihre spätere Erkrankung Schritt für Schritt verfolgen konnte; Initialsklerose der Frau im Beginne des siebenten Solarmonates der Schwangerschaft; am normalen Ende derselben ein lebendes Mädchen geboren, das am eilften Tage — also zweifellos angeborene — syphilitische Symptome zeigt. Die einzige Lücke, die in solchen Fällen immer unausfüllbar bleiben wird, ist die natürlich nicht zu constatirende Sicherheit, dass der Ehemann auch der Vater des kranken Kindes gewesen sei. Es gehört ein äusserster Skepticismus dazu, die arme Frau noch von einem latent Syphilitischen ausserehelich geschwängert zu denken, bevor sie selbst, als schon

[1]) l. c. p. 226.
[2]) l. c.

gravide, von ihrem kranken Ehemanne inficirt wird. Kassowitz hat an solche Verdächtigung gar nicht gedacht, obgleich ihm die Inficirbarkeit einer solchen Frau, deren Kind nur vom Vater her syphilitisch war, nicht undenkbar erscheinen wird. Er nimmt den Fall als voll beweiskräftig und fragt nur, woher in anderen Fällen das Freibleiben der Frucht resultire; so in einer eigenen Beobachtung von Kassowitz[1]). Ja ich meine, Kassowitz soll daraus den Schluss ziehen, das Gesetzgeben in einer so unberechenbaren Krankheit, wie die Syphilis es ist, sei unerlaubt, sein kategorischer Imperativ nicht am Platze. Eine der Behauptungen, auf die Kassowitz das meiste Gewicht legt, auf die er alles Mögliche aufbaut, die ihm am meisten nachgesprochen ist, lautet: „Recente Syphilis eines der Erzeugenden führt immer zu syphilitischer Frucht." Nun haben wir aber von Fournier[2]), Zeissl[3]), Grünfeld[4]) Beobachtungen, denen zu Folge recent Syphilitische, die nicht oder local behandelt wurden, gesunde Kinder gezeugt haben. Zeissl sagt, er habe eine ziemliche Anzahl von Fällen — wenn er nicht irre — beobachtet, in welchen eines der Eltern mit sogenannten secundär-syphilitischen Erscheinungen behaftet war und dass das von denselben gezeugte Kind selbst nach Jahren keine Spur eines luetischen Affectes zeigte. Fournier[5]) führt ferner als glaubwürdig, ohne weiteren Commentar eine Mittheilung Mireur's an, derzufolge ein syphilitischer Mann, dessen Frau und Kind gesund geblieben waren, dieses Kind im Alter von 2 Jahren durch einen Kuss inficirte; der secundären Erosion an dem Munde des Vaters folgte ein Lippenschanker und Syphilis beim Kinde. Es ist ja Schade darum, aber die Syphilis hat bis heute den proteusartigen Charakter, den schon seit Jahrhunderten die Be-

[1]) Auch A. Wolff l. c. p. 30 beschreibt einen Fall einer Schwangeren, die von ihrem — ebenfalls nach der Zeugung erkrankten und in Behandlung stehenden — Ehemanne inficirt wurde. In diesem Falle ist das Kind anscheinend gesund geboren, hat eine rauhe welke Haut, wird $2^1/_2$ Monate beobachtet, ohne Lues-Symptome zu zeigen.

[2]) l. c. p. 41.

[3]) l. c.

[4]) Wiener medicin. Presse vom 4. Juli 1879 (nach Schmidt's Jahrbüchern citirt).

[5]) l. c. p. 39.

obachter nicht müde werden, hervorzuheben. Fournier macht in seinen Notes [1]) genaue Angaben über 20 Fälle von Frauen, die während der Gravidität inficirt wurden. Darunter waren drei Frauen von ihren vor der Zeugung inficirten Ehemännern angesteckt, deren eine in den letzten Monaten, die anderen im fünften Monate secundäre Symptome zeigten. Alle drei wurden energisch mercuriell behandelt, alle drei gebaren am richtigen Ende der Schwangerschaft. Das Kind der ersten, spät Inficirten, war syphilitisch, starb in einigen Tagen; das Kind der zweiten gesund geboren und geblieben durch 11 Jahre lange Beobachtungsdauer; das Kind der dritten war syphilitisch geboren und starb an Entkräftung im Alter von einem Monate. Ebenso wechselnd war das Geschick der anderen 17 Kinder inficirter Schwangerer, deren Väter nicht bekannt oder nicht genannt sind.

Jedenfalls, da Kassowitz die Beweiskraft des Zeissl'schen Falles für den Durchtritt des syphilitischen Giftes von der inficirten Gravida zum Kinde zugibt, kann er auch für alle anderen Fälle die Infectionskraft des mütterlichen Blutes nicht läugnen. Mag immerhin Sperma und Ovulum oft, mögen sie gewöhnlich die Infection übermitteln, ausschliessen lässt sich die Infection durch das mütterliche Blut fürder nicht.

---

[1]) l. c. p. 231 u. ff.

Ueber die syphilitische Initialerkrankung der Vaginalportion.

Von

Dr. Franz Mračeck,

Privatdocent und em. klin. Assistent in Wien.

(Hiezu die Tafeln I und II.)

„Res ardua vetustis novitatem dare, novis auctoritatem, „obsoletis nitorem, obscuris lucem, fastiditis gratiam, „dubiis fidem, omnibus vero naturam et naturae suae „omnia." Plinius (hist. nat. I. 15).

Literatur-Verzeichniss.

Behrend: Syphilidologie 1843. IV. Vorlesung in der Hufeland'schen Gesellschaft. Berlin; Syphilidologie, neue Reihe. 2. 1860. Honig: aus v. Roser's Betrachtungen über die Syphilis; Engelstedt: constitutionelle Syphilis. — Berkeley Hill: Syphilis and local contagious disorders. 1868. — Bernutz: Des affections syphilitiques de l'uterus. L'Union 1855. Nr. 68. — Birch-Hirschfeld: Pathologische Anatomie. 1877. — Bauček Franz, Secundararzt: Bericht über die Abtheilung Seeburger. Mediz. Jahrbücher. 1841. — Breslau: Schanker auf Epithelialcarcinom der Vaginalportion. Wunderlich's Archiv. 1861. I. — Cornil-Ranvier: Manuel d'histologie pathologique 1869. — Courty: Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses adnèxes. 1872. — Despeyroûx: Etude sur les ulcérations du col de la matrice et de leur traitement. 1872. — Fischl: Beitrag zur Histologie der Erosionen an der Vaginalportion. Arch. f. Gynäk. 1879. — Fonberg: Syphilis der Schwangeren. 1872. Wiener med. Wochenschrift. — Förster: Pathologische Anatomie. 1863. — Fourcault: Etude sur l'hypertrophie exulcérative du col de l'utérus. 1877. Thèse de Paris. — Fournier: Leçons sur la syphilis. 1873.

— Geigel: Syphilis. 1867. — Henle: Eingeweidelehre. 1876. — Hewitt: Frauenkrankheiten. Deutsch bearbeitet von Hermann Beigel. 1869. — Hölder: Lehrbuch der venerischen Krankheiten. 1851. — Jullien: Etude sur le chancre simple. Progrès médical. 1877. Nr. 33—42; Traité pratique des maladies vénériennes. Paris 1879. — Johns: Syphilis bei Schwangeren. Dublin. Journ. November 1854. — Kaposi: Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute. 1873. — Kiwisch: Krankheiten der Gebärmutter. 1845; Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechtes. 1854. — Klebs: Pathologische Anatomie. 1869. — Klob: Pathologische Anatomie. 1864. — Klotz: Beiträge zur Anatomie der Vaginalportion. 1879. — Lancereaux: Traité historique et pratique de la Syphilis. 1866. — Lauer: Bemerkungen über Anwendung des Mutterspiegels und über einige Verhältnisse der weibl. Genitalien. Hamb. Zeitschr. 1838. — Mackenzie: Ueber den Einfluss der Syphilis auf das Gebärorgan. Assoc. Journ. 1845. — Martin: Hypertrophie exulcérative syphilitique du col de l'utérus. Ann. de Gynaec. 1877. — Mayer: Klinische Mittheilungen aus dem Gebiete der Gynäk. 1861. — Mewis: Ueber Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett Syphilitischer. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 1879. — Putegnat: Dystokie wegen eines syphilitischen Geschwürs am collum uteri, Journal de Bruxelles. 1868. — Ricord: Lehre von der Syphilis. Deutsch von Türk. 1846; Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens. 1851. — Scanzoni: Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. 1867. — Schröder: Frauenkrankheiten. Ziemmsen's Archiv. X. — Schwartz: Etude sur le chancre du col utérin. Thèse. Paris 1873. — Simon: Ricord's Lehre von der Syphilis. 1857; Syphilis, in Virchow's Pathologie und Therapie. 1855. — v. Sigmund: Bericht der Abtheilung für Syphilis. Deutsche Klinik. 1850. Nr. 21—29; Ueber das Vorkommen des Schankers in der Scheide und am Scheidentheil der Gebärmutter. Wochenblatt der Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte. 1855; Venerische, contagiöse, weiche Geschwüre an der Vaginalportion. Spitalszeitung. 1863; Im höheren Lebensalter erworbene Syphilis. Wiener medic. Wochenschr. 1878; Einreibungscur. 1878. — Sims: Gebärmutterchirurgie, herausg. von Beigel 1870. — Steinbrenner: Des ulcérations du col de l'utérus considérées comme cause fréquente de la stérilité. Thèse Strassbourg. 1867. — Suchanek: Bericht über Waller's Abtheilung für Syphilis,

1849/50. Prager Vierteljahresschrift. 1852. — Tarnowsky: Vorträge über venerische Krankheiten. 1872. — Zeissl: Lehrbuch der Syphilis. 1871.

Die Angaben älterer Aerzte über die syphilitischen Erkrankungen der Vaginalportion und des Uterus sind meist oberflächlich und vielfach unrichtig. So z. B. erwähnte Astruc einen syphilitischen Scirrhus, der in Carcinom übergehen kann (Lancereaux). Selbst noch Duparcque, ein Zeitgenosse Ricord's, spricht von schmerzhaften Schankern am Uterus.

Erst als Ricord den (1816) von Recamier verwendeten Vaginalspiegel zur Untersuchung Venerischer eingeführt und 1832 als „Chancre larvé" in den Memoiren de l'académie de médecine t. II. das Vorkommen von venerischen Geschwüren an der Vaginalportion bekannt gemacht hat, sehen wir allmälig verlässlichere Angaben darüber auftauchen.

In der deutschen Literatur finden wir Ende der Vierziger Jahre einige spärliche Beobachtungen über die Anwendung des Vaginalspiegels und über die Befunde an der Vaginalportion ohne Rücksicht auf Syphilis. (Lauer 1838, Bauček 1840.)

Der von Ricord gepflanzte Same hat fruchtbringend gewirkt. Die Beobachtungen gewannen an Ausdehnung, so dass Gosselin bereits 1843 auf die Ulcerationen, die im Gefolge von Syphilis an der Vaginalportion auftreten, ohne dass sie selbst von anderen Ulcerationen sich unterscheiden würden, aufmerksam machen konnte. In ähnlichem Sinne äussert sich Gibert und Bennet, welch letzterer nebstbei den Hunter'schen Schanker von den, keine positiven Kennzeichen darbietenden Ulcerationen an der Vaginalportion syphilitischer Weiber trennt.

Bedeutungsvoller und auf breiterer Basis gearbeitet sind die Arbeiten Behrend's (1842), welche von Erosionen und Geschwüren primärer und secundärer Natur, ihren Erscheinungen und ihrem Verlauf handeln. Mit diesem Gegenstande haben sich nach einander Mackenzie (1845), Boys de Loury (1846), Alphonse Robert und Grivot-Grandcourt (1848), Suchanek (1840/50) beschäftigt und sowohl zum Entstehen, Verlauf, als auch zu den daraus entstehenden functionellen Störungen Daten geliefert. Bernutz (1855)

theilt auf Grundlage von 12 Beobachtungen die Schanker der Vaginalportion in drei Gruppen ein: den typischen, den diphtheritischen und den ulcerösen, fressenden Schanker, ohne jedoch auf die Bestimmung ob syphilitischer, ob nicht syphilitischer Natur einzugehen. v. Sigmund erwähnt in Kürze (1850) der Schanker an der Vaginalportion in einem Berichte, und behandelt dieses Thema eingehender in einem eigenen Aufsatze (1855) von dem damaligen Standpunkte eines Unitaristen.

Wenn man auch zugeben muss, dass zu dieser Zeit, am Anfange der 60er Jahre in den Lehrbüchern und Arbeiten über Syphilis beinahe immer der syphilitischen Affectionen der Vaginalportion gedacht wird, so sehen wir dennoch den weichen Schanker mit dem Syphilisprocesse zusammen abhandeln. Jene aber, die an der Scheidung beider Processe festhielten, glaubten durch die Inoculation die Natur der Geschwüre auf eine bequeme und einfache Art bestimmen zu können.

Die (1863) von Prof. v. Sigmund in der Spitalszeitung veröffentlichten Artikel sind die ersten gewesen, die das venerische Geschwür von dem eigentlichen Syphilisprocesse getrennt abhandeln und die Anleitung geben, die Diagnose der syphilitischen Erkrankungen nicht nur auf das locale Aussehen, sondern auch auf den Allgemeinbefund zu stützen. Darauf hat Guérin (1864) dem weichen Schanker der Vaginalportion neben dem harten einen Platz eingeräumt, obzwar seiner, sowie den diesbezüglichen Angaben Rollet's, Desprès', Courty's, Ballard's manche Mängel anhaften.

Erst wieder Fournier widmet in seinen Leçons (1873) den Erkrankungen der Vaginalportion eine grössere Aufmerksamkeit, und macht bezüglich derselben werthvolle Angaben.

Unter den neuesten Arbeiten wären die Thesen von Schwartz, mit Benützung des Materials von Fournier und die von Fourcault unter der Leitung A. Martin's geschrieben, zu erwähnen [1]).

Zur ziffermässigen Ermittlung des Verhältnisses benützte ich nur die Fälle, die in einem Zeitraum von 27 Monaten (October

[1]) Beim Durchlesen dieser Arbeit ist mir erst bekannt geworden, dass eine auf Statistik sich beziehende Arbeit von Rasumow in dieser Vrtljschr. zur Veröffentlichung gelangen soll.

1877 bis incl. December 1879) auf der Klinik und Abtheilung unter Leitung des Herrn Hofr. v. Sigmund von mir behandelt worden sind. Die Zahl dieser Fälle beträgt 659, davon entfallen auf Syphilis 437 (66,3 %), die Complicationen mit anderen Erkrankungen mit eingerechnet, und 222 auf die Fälle von Blennorrhoe und die daraus resultirenden Erkrankungen, wie Bartholin'sche Drüsenabscesse, spitze Warzen an und um die Genitalien, Blasen- und Nierenleiden, oder Fälle von venerisch-contagiösen Geschwüren und deren Folgen, oder endlich auch Krankheiten weder syphilitischer noch venerischer Natur.

Das Verhältniss in Bezug auf den Befund an der Vaginalportion war folgendes: Unter 437 Fällen von Syphilis aller Stadien, und zwar:

1. 40 Fällen der frühzeitig zur Aufnahme gelangten noch localen Erkrankung (primäres Stadium);

2. 368 Fällen mit bereits vorhandenen Allgemeinerscheinungen (secundäres Stadium) und

3. 29 Fällen von Gummaerkrankungen waren 375, somit nahezu 86 % mit krankhaften Veränderungen an der Vaginalportion behaftet.

Davon war die Vaginalportion

21mal Sitz der primär syphilitischen Erkrankung 4,7 %;
96 „ „ von secundär syphilitischen Veränderungen [1]) 20,2 %;
99 „ in Folge von Gravidität, Geburt und Wochenbett [2]) verändert 21 %;
159 „ Sitz von anderen, nicht in den Syphilisprocess gehörigen Erkrankungen 36 %;
62 „ endlich wurde keine krankhafte Veränderung constatirt 14,2 %.

---

[1]) Darunter sind jene Fälle verstanden, wo im Verlauf des Syphilisprocesses die Vaginalportion erst erkrankt ist und Veränderungen an der Schleimhaut, in ihrer Substanz, Grösse und Form zeigte, welche man als Folgekrankheiten secundärer Natur aufzufassen pflegt, was näher zu erörtern ich mir in einer nächsten Arbeit vorgenommen habe.

[2]) Diese Fälle sind durchwegs aus den Secundärstadien und darum werden sie im Anschlusse an dieses abgehandelt werden.

Somit hätten wir bei nahezu 5% aller syphilitischen Weiber die Invasionsstelle der Syphilis an der Vaginalportion constatirt. v. Sigmund (Bericht der Abtheilung. Deutsche Klinik 1850, Nr. 21 — 29) führt unter 320 primär syphilitischen Geschwüren bei Weibern an den Genitalien 156 an, darunter entfallen auf die Vaginalportion 25 (7,5 %). Engelstedt hat unter 100 Fällen secundär syphilitischer Weiber bei 44 gar keine Aufklärung über die primäre Erkrankung erlangen können und sah bei 30, bei denen er Granulationen und Excoriationen an der Vaginalportion gefunden hat, diese als die Invasionsstelle der Syphilis an. Fournier hat unter 249 Fällen von syphilitischen Schankern an den Genitalien 13 am Collum uteri gefunden (= 5,2%), und fügt noch Seite 71 hinzu: „la fréquence réelle, de ce chancre, est certainement bien supérieure à sa fréquence apparente.“ Aehnliche Ansichten finden wir auch bei Kiwisch und Behrend ausgesprochen.

In der That kann man sich nach einer genaueren Beobachtung der syphilitischen Weiber der Vermuthung nicht verschliessen, dass der Uterus weit häufiger noch, als man annimmt, als Angriffspunkt der syphilitischen Ansteckung gedient hat. Diese Annahme erscheint auch wahrscheinlich, wenn man bedenkt, dass bei Weibern an und für sich leichtere Primäraffecte vorkommen, welche bald schwinden, ja nicht einmal von den Kranken selbst entdeckt und berücksichtigt werden. Wenn nun solche an der Vaginalportion sitzen, so sind sie, bei der erst in den Secundär-Stadien vorgenommenen Untersuchung entweder schon gänzlich geschwunden, oder wenigstens derart verändert, dass man ihnen ihre syphilitische Natur nicht mehr anerkennen kann. Daher erklärt sich auch die so häufige Behauptung ganz gewiegter Fachmänner, dass die syphilitischen Schanker an der Vaginalportion selten vorkommen.

Bevor man sich aber entschliesst, irgend einen pathologischen Vorgang an der Vaginalportion für Syphilis zu erklären, hat man noch viele Umstände zu berücksichtigen, welche, was Umfang, Stellung, Beschaffenheit ihrer Consistenz und Oberfläche anbelangt, Veränderungen derselben veranlassen können. Hiebei möchte ich an die Verschiedenheiten erinnern, welche noch in den Grenzen der Norm, in Bezug auf Grösse der Vaginalportion und auf ihr Verhalten während der physiologischen Verrichtungen, Men-

struation, Schwangerschaft, Geburt vorkommen. Ausserdem an die Veränderungen, welche durch die Vorbauungsmittel der Schwangerschaft, z. B. das Einlegen von Schwämmchen, Onanie, Unreinlichkeit, sowie durch die Beschäftigung veranlasst werden. Wichtiger als diese sind die Veränderungen, die im Gefolge von Allgemeinzuständen, Blutkrankheiten, Cachexien vorkommen und endlich jene, welche sich an die Krankheiten des Uterus und seiner Umgebung als directe Folge anreihen. Darunter wären insbesondere hervorzuheben die Hypertrophien der Vaginalportion, die Schleimhauterkrankungen, namentlich die häufig bei Syphilitischen vorkommende virulente Blennorrhöe mit ihren Folgen, ferner das Ectropium, die Follicularschwellungen und Erosionen, welche ganz besonders bei Secundärformen der Syphilis eine differentialdiagnostische Schwierigkeit abgeben. Berücksichtigenswerth erscheinen noch die Neubildungen, unter welchen das beginnende Carcinom mit der syphilitischen Induration und Hypertrophie verwechselt werden kann, das venerisch-contagiöse Geschwür, wie es Ricord, Kaposi und Andere abgebildet haben, und dessen seltenes isolirtes Vorkommen (1:1000) v. Sigmund schon 1855 hervorgehoben hat, und endlich das phagedänische und das callöse Geschwür, wie es Clerc, Tarnowsky, Baučck beobachtet haben. Alle diese aufgezählten Veränderungen und die durch sie gesetzten Veränderungen können entweder selbstständig an der Vaginalportion vorkommen und ihrem Aussehen nach die Syphilis vortäuschen, oder sie kommen neben den der Syphilis angehörenden Erkrankungen als Complicationen vor, und sind daher getrennt von diesen zu behandeln.

Die von mir beobachteten 24 Fälle von primärer syphilitischer Erkrankung der Vaginalportion verdanke ich dem aus der Klinik und Abtheilung des Herrn Hofr. v. Sigmund entnommenen Materiale (22 Fälle) und den Herren Hofr. v. Arlt und Prof. Späth (je 1 Fall), die diese beiden Syphiliskranken meiner Behandlung überlassen haben.

Davon kamen 7 Fälle in den ersten Wochen nach der Infection zur Beobachtung und waren nur mit localen Formen behaftet, zu denen sich im weiteren Verlaufe andere Erscheinungen hinzu-

gesellt haben; diese wollen wir der Reihe nach zuerst anführen. Nachher folgen in chronologischer Ordnung die 17 Fälle, welche bereits mit secundären Erscheinungen behaftet zur Behandlung gekommen sind und an denen man noch exquisit den Primäraffect constatiren konnte.

Fall I.

Z. Antonie, Magd, 21 Jahre alt, aufgenommen am 3. December 1877. Vor einem Jahre hat sie ein reifes, lebendes Mädchen geboren, derzeit ist sie menstruirend und hat den letzten Beischlaf vor vierzehn Tagen angegeben.

Status praesens: Erodirte, diphtheritische, zusammenfliessende Papeln am Rande und an der inneren Fläche der kleinen, schürzenförmigen Schamlippen. Inguinaldrüsenschwellung.

Die Vaginalportion ist sehr stark geschwellt, das Orificium querspaltig, die vergrösserte Vorderlippe an ihrem unteren Umfange erodirt, leicht zerfallend, derber.

12. December. Menses. 15. Dec. Amputation der kleinen Schamlippen. 27. Dec. Die Wundränder sind per primam verlöthet. Die Vaginalportion ist noch stark injicirt.

24. Jänner. Nach 20 gemachten Einreibungen ist die Vaginalportion abgeschwellt, vernarbt. Patientin wird entlassen.

Fall II.

L. Barbara, 24 Jahre alt, Magd, aufgenommen am 1. April 1878. Patientin hat zweimal geboren, das letzte Mal 1876, die letzten Menses hatte sie vor vier Tagen, der letzte Beischlaf hat vor vier Monaten stattgefunden, seit welcher Zeit ein Fluss besteht.

Status praesens: Die Vaginalportion ist geschwellt, stark geröthet, seicht erodirt und zeigt mehrfache narbige Einziehungen um das Orificium. Eine reichliche, schleimig-eitrige Secretion der Vaginalportion besteht ohne Blennorhöe der Harnröhre und des Vestibulums. Allgemeine starke Drüsenschwellung.

Therapie: Excicantia in der Form von Eiseneinpinselungen und isolirenden Tampons in die Scheide, nebst Irrigation mit lauem Wasser werden verordnet.

9. April. Pat. stark chloranämisch, die Erosion ihrer Vaginalportion grenzt sich gegen die Umgebung ab. 15.—24. April. Menses.

Eisen ausgesetzt. 26. April. Geschwür an der Vaginalportion ist diphtheritisch belegt, scharf umgrenzt, die ganze Vaginalportion hat um das Orificium an Resistenz zugenommen. 27. April. Jodtinctur-Bepinselungen der Vaginalportion.

1. Mai. Syrup. ferri jodati intern. 4. Mai. Die Chloranämie nimmt zu, die Ulceration an der Vaginalportion ist vergrössert, zeigt schlaffe, weissliche Granulationen. 11. Mai. Im Vestibulum, besonders gegen die hintere Commissur finden sich scharf begrenzte, eitrig secernirende Schleimhautpapeln. 14. Mai. Einreibung.

3. Juni. 20 Einreibungen unterbrochen. Die Geschwüre im Vestibulum sind fast verheilt, jenes an der Vaginalportion ist mit einem Narbensaum versehen, seine Mitte aber noch speckig belegt. 10. Juni. Die Vaginalportion ist bis auf einen kleinen Rest vernarbt, Jodoformsalbe (1 : 4). 13.—17. Juni. Menses. 19. Juni. Die Vaginalportion ist noch an einigen elevirten Stellen leicht erodirt, bedeutend kleiner, an der vorderen Vaginalwand und an den Fimbrien traten neuerdings Geschwüre auf. 27. Juni. Einreibungen wieder aufgenommen.

6. August. 45 Einreibungen ausgesetzt. 10.—13. Aug. Menses. 14. August. Die Vaginalportion ist überhäutet, abgeblasst. Kranke wird geheilt entlassen.

Fall III.

W. Charlotte, 23 J. alt, verheiratet, aufgenommen am 27. April 1878. Pat. hat noch nie geboren und gibt an, seit zwei Monaten einen Fluss zu haben, gegen welchen sie Einspritzungen versucht hat. Seit 14 Tagen bemerkt sie erst die Geschwüre am Mittelfleisch. Letzte Menses vor 9 Tagen. Mit Ausnahme eines brennenden Gefühls, durch welches sie auf ihre Geschwüre aufmerksam wurde, hat sie sonst keine Kenntniss von der Art ihrer Erkrankung.

Status praesens: Diphtheritische Geschwüre am Perinäum, stärkerer Ausfluss aus der Scheide ohne Betheiligung der Schleimhäute der äusseren Geschlechtstheile und der Urethra. Die Vaginalportion ist im Ganzen geschwellt, ihre Schleimhaut stärker injicirt. An ihrem linken vorderen Segmente, neben dem Orificium und an der Vorderlippe befinden sich zwei scharf umgrenzte, mit lividen Rändern und speckigem Grunde versehene Geschwüre. Um das Orificium sind einige Follicularschwellungen. Drüsenschwellungen in beiden, vorwiegend der linken Inguinalgegend.

Therapie: Cauterisation der äusserlichen Geschwüre mit Cuprum sulph. expectative und reinigende Behandlung der Vaginalportion.

11. Mai. Innerlich Jodkali 1,0 p. d. 15. Mai. Im Vestibulum sind mehrere circuläre, mit diphtheritischem Grund versehene Geschwüre aufgetreten. Vom 15.—21. Mai Menses. 26. Mai. Die Geschwüre im Vestibulum, sieben an der Zahl, haben scharfe Ränder, einen eitrig belegten und ziemlich infiltrirten Grund. Die im Ganzen derbere Vaginalportion ist noch geschwellt und livid geröthet. Die Geschwüre daselbst sind bis auf Linsengrösse vernarbt. Aus dem Orificium hängt ein zäher, glasiger Schleimpfropf hervor. 30. Mai. Die Geschwüre im Vestibulum und an der Vaginalportion sind vernarbt.

2. Juni. Die Vaginalportion ist blässer und fühlt sich mit Ausnahme des linken Randes des Orificiums weicher an. Kranke wird am 3. Juni geheilt entlassen.

Fall IV (Abbildung Fig. 2).

B. Aloisia, 22 Jahre alt, Dienstmädchen, aufgenommen am 9. Juni 1879, hat im Jahre 1877 einen reifen, lebenden Knaben geboren. Bis vor drei Wochen war sie vollständig gesund, seit welcher Zeit sie ihre Sklerose an der rechten kleinen Schamlippe bemerkte. Von den übrigen in der Scheide und an der Vaginalportion befindlichen Sklerosen hat die Kranke keine Kenntniss. Der letzte Coitus hat vor 7 Wochen, der vorletzte vor einem halben Jahre stattgefunden. Die letzten Menses haben vor einem Tage aufgehört.

Status praesens (10. Juni): An der inneren Fläche der rechten kleinen ödematösen Schamlippe, etwas unter der Mitte, sitzt eine erodirte, mässig nässende, stellenweise mit einem Narbensaum versehene Sklerose, die an Grösse jener später zu beschreibenden an der Vaginalportion gleicht. Eine kleinere, diphtheritisch belegte, und so wie die erste sich knorpelig anfühlende, mässig aus dem Niveau hervortretende, befindet sich beiläufig in der Mitte der rechten Vaginalwand.

Die Vaginalportion vergrössert, beide Lippen etwas abgeplattet. Das querspaltige Orificium, dessen Rand nicht mehr scharf markirt erscheint, ist an beiden Seiten, namentlich links narbig eingezogen. An der Vorderlippe, etwas nach links, hart am Orificium befindet sich eine scharf umschriebene, leicht elevirte Sklerose mit

einer zumeist diphtheritisch belegten, stellenweise mit kleinen Hämorrhagien versehenen Oberfläche. Die übrige Schleimhaut der Vorderlippe, sowie die der Hinterlippe ist um das Orificium gelockert und hochroth injicirt. Beim Touchiren lässt sich in der geschwellten Vaginalportion ganz deutlich der knorpelharte Knoten abgrenzen. Die inguinalen Lymphdrüsen sind beiderseits, namentlich rechts deutlich vergrössert, weniger die Hals- und Cubitaldrüsen.

11. Juni. Kranke klagt über Halsschmerzen, die rechte Tonsille ist geschwellt. 16. Juni. Die Lymphdrüsenschwellung, namentlich am Halse wird deutlicher. Das Oedem der rechten kleinen Schamlippe hat etwas abgenommen, die Sklerose daselbst granulirt rein. 18. Juni. Temperaturserhöhung 37·7. 19. Juni. Die Kranke sieht seit einigen Tagen blässer aus, am Stamme treten einzelne Papeln auf. 26. Juni. Die Sklerose an der Vaginalportion wird mittelst Sims'schen Messers exscindirt, die Blutung mit Paquelin gestillt. 29. Juni. Der Schorf an der Vaginalportion hat sich abgestossen, die Wunde ist weisslich belegt. Jodoformtampon.

12. Juli. Das maculo-papulöse Syphilid am Stamme hat sich deutlich entwickelt. Die Wunde an der Vaginalportion ist noch immer weisslich belegt, ihre Umgebung zeigt etwas reactive Schwellung. 19. Juli. Die Sklerose an der kleinen Schamlippe ist übernarbt, das Infiltrat daselbst besteht noch fort, die an der Vaginalwand und die Excisionswunde an der Vaginalportion granuliren rein.

28. August. 20 Einreibungen. Die Sklerosen sind bedeutend weicher, das Syphilid ist vollständig geschwunden, an Stelle der exscindirten Sklerose, an der Vaginalportion befindet sich eine deprimirte Narbe. Die Drüsenschwellungen lassen sich noch nachweisen. Die Kranke wird geheilt entlassen.

Anatomischer Befund (mit Zeichnungen).

Die 9 Wochen nach der Infection exscindirte Sklerose wurde in Müller'scher Flüssigkeit mit Alkohol gehärtet, die senkrecht auf das Orificium durch den Knoten geführten Schnitte mit Carmin gefärbt und in Damarlack eingebettet.

Figur 1 stellt einen Uebersichtsschnitt dar, mit einer dem Cervicalcanal entsprechenden Oberfläche (*b* bis *d*) und einer Vaginaloberfläche (*b* bis *c*). Vom Cervicalantheil erstreckt sich die stärkste

Infiltration in die Schleimhaut der Vaginalportion in einer Ausdehnung von 13 Mm., wovon circa 11 Mm. auf das des Epithels beraubte Infiltrat entfallen, so dass dasselbe peripher unter dem noch erhaltenen Papillarkörper 2 Mm. weit reicht. Von der Sklerosenoberfläche bis in die Musculatur erstreckt sich die stärkste Infiltration 8 Mm. tief. Darüber hinaus, zwischen die Muskelbündel (bei *y*), sowie in der Peripherie, in dem starken, gefässreichen, submucösen Bindegewebslager (zwischen $<h$) sehen wir das Infiltrat nur längs der dünnwandigeren Gefässe sich ausbreiten.

Bei *a* bis *c* ist der aus einem geschichteten Pflasterepithel bestehende Ueberzug des Vaginaltheiles der Vaginalportion noch erhalten, jedoch bei *a* bereits abgehoben und verschmälert, um endlich gänzlich aufzuhören. An der Sklerosenoberfläche selbst (*e*) ragt zumeist das Zelleninfiltrat frei hervor und gegen den Cervicalantheil hin sehen wir die Grenze des Orificiums ganz verstrichen und nur durch zwei Ueberreste von stark veränderten Cervicalpapillen (Zöttchen) angedeutet. Die zwischen die Papillen (von *c* gegen *a*) sich einsenkenden Zapfen werden breiter, die infiltrirten Papillen selbst werden länger, das Rete über denselben dünner, so dass sie (bis *a*) endlich die Oberfläche erreichen.

Unter dem Papillarkörper sehen wir (*a* bis *c*) in dem bereits infiltrirten Bindegewebe die feineren Gefässe (Henle Anat. II. p. 163) gestreckt zu den Papillen verlaufen. Von dieser Structur lässt sich in dem eigentlichen massigen Infiltrate nichts mehr nachweisen. Wir sehen dasselbe bei *ff* mit Hämorrhagien durchsetzt und nur spaltförmige Lücken, welche zum grossen Theile aus den Gefässen, wie später noch gezeigt werden soll, entstanden sein mochten, unterbrechen die dichte, zellige Structur. Am längsten sehen wir die, in der Vaginalportion vorkommenden, mit einer starken Muscularis (Klebs path. An. pag. 856) versehenen Gefässe (X, X,, X,,,) der Verengerung trotzen, wogegen die (zwischen $<h$) dünnwandigen, venösen Gefässe in der Umgebung der stärksten Infiltration bereits in ihren Wandungen durchwuchert und verengt erscheinen. Der Rand des Orificium ist nur nach den Residuen der stark veränderten Cervicalzöttchen zu erkennen.

Die erste noch wenig veränderte Zotte sehen wir bei *b* und werden noch bei näherer Erörterung der Fig. 2 auf die pathologischen Veränderungen derselben näher eingehen. Die in dem unteren Antheile

des Cervicalcanals in einer Ausdehnung von circa 3 Mm. hervorragenden, mit einem Cylinder- und cubischen Epithel bekleideten Papillen (Zöttchen) sind durchwegs, namentlich aber die unteren kleinzellig infiltrirt, ihre Grösse variirt zwischen 0·22—0·55 Mm., ihre Breite zwischen 0·088 — 0·44 Mm. Die Gefässe derselben sind mit Blut strotzend gefüllt und von einer reichlichen dichten Infiltration umgeben. An den untersten Zöttchen sehen wir das sie überkleidende Epithel stellenweise ganz fehlen, zumindest aber niedriger werden und aufquellen (Fig. 2 *r* und *l*). Zwischen ihnen münden die unteren Cervicaldrüsen, die sich in diesem Falle bis auf die Vaginaloberfläche unter der Schleimhaut vorfinden. Diese stellen verzweigte, mit einem Cylinderepithel ausgekleidete Schläuche dar, welche 2·2 — 0·2 Mm. lang sind. Auch sie sind reichlich von dem Zelleninfiltrate eingeschlossen, so, dass an einzelnen Stellen durch das Hineinwuchern das Lumen verengt und daselbst auch das Epithel abgehoben erscheint.

Fig. 2 stellt eine noch in ihren Elementen erhaltene Papille vom Rande des Orificium (Fig. 1 *h*) vor. Dieselbe erscheint in allen Dimensionen durch die reichliche, besonders um die Gefässe angehäufte Infiltration bedeutend vergrössert. Der grösste Theil der Papille ist jedweden epithelialen Ueberzuges entblösst, daselbst ragt das Infiltrat ganz lose oder, wie bei *g* mit Blutgerinnseln untermischt, hervor. Die bedeutend erweiterten Gefässe zeigen eine Wucherung, insbesondere der Endothelzellen. In dem Gefässe bei *a* (grösserer Venenstamm), in dessen Lumen noch Blutcoagula enthalten sind, liegt das Endothel zu mattglänzenden, gequollenen Kugeln umgewandelt, angehäuft. Bei *b* und *b*, ist ein zweimal querdurchschnittenes arterielles Gefässstämmchen, an beiden Querschnitten noch einzelne Blutcoagula, ihre Intimazellen rund, die Media bedeutend verdickt, die Adventitia geht ohne bestimmte Grenze in das umliegende Infiltrat über.

Fall V.

W. Anna, 28 Jahre alt, verheiratet, aufgenommen am 30. Juli 1879, hat vor 6 Jahren einmal entbunden. Die Angaben der Kranken bezüglich der Krankheitsdauer und Infection sind nicht verlässlich.

Status praesens: Diphtheritische Papeln um die Harnröhrenöffnung und an den kleinen Schamlippen; elevirte Papeln um den Anus, woselbst einzelne Falten mässig infiltrirt und erodirt sind. Die Inguinaldrüsen sind beiderseits alle geschwellt.

Die Vaginalportion geschwellt, plump, misst in allen Durchmessern 4 Ctm. und ist zumeist glatt, glänzend. Das Orificium ist querspaltig, zu beiden Seiten seichte Narben. Die Schleimhaut um dasselbe ist erodirt. Der Uterus ist frei beweglich, vergrössert, nicht empfindlich.

3. September Menses. Die Geschwüre haben sich auf locale Desinfection mit Carbol gereinigt. Jodkali innerlich 2,5 pro die. Patientin wiegt 60 Kilo. 16. Sept. Graues Pflaster auf die Sklerose der Vaginalportion. 20. Sept. Das Geschwür an der Vaginalportion ist mit Narbensaum versehen, etwas verkleinert.

23. August. Wegen Akneknoten an der Stirne, Kopfschmerz und Magenbeschwerden muss das Jodkali ausgesetzt werden. 26. August. Cauterisation des mit schlaffen, wuchernden Granulationen versehenen Geschwürs an der Vaginalportion mit Nitras arg. Die Papeln sind grossentheils involvirt. Jodkali de novo. 30. August. Körpergewicht 58·20 Kilo. Vaginalportion kleiner, von nun an tägliche Bepinselungen derselben mit Jodtinctur.

5.—9. September Menses. Vaginalportion sichtlich kleiner. Um den After noch Reste von Papeln. 19. Sept. Eisen innerlich. 15. Sept. Körpergewicht 57·20 Kilo. 18. Sept. Vaginalportion bedeutend kleiner und abgeblasst. Die Vaginalschleimhaut ist stellenweise von Jodtinctnr angeätzt und erodirt. Tannoglycerinverband. Jodtinctur ausgesetzt. 27. Sept. Vaginalportion bedeutend weicher, zum grossen Theil vernarbt. Diameter antero-posterior 2·8, Querdurchmesser 3·5 Ctm.

2. October. Vaginalportion blass, an der Hinterlippe noch erodirt, die inguinalen Lymphdrüsen geschrumpft, Körpergew. 57·30 Kilo. 9. Oct. Papeln um den Anus vollständig geschwunden, Vaginalportion noch wenig erodirt. 17.—21. Oct. Menses. Vaginalportion ist überhäutet, ihre Schleimhaut sowie die der Vagina abgeblasst, das Orificium ist eingezogen, der Cervicalcanal für die 7·5 Ctm. vordringende Sonde leicht durchgängig. Der Uterus nur in seinem Vaginalantheil sehr derb, frei beweglich. Patientin geheilt entlassen.

Fall VI (Abbildung Fig. 1).

G. Marie, 24 Jahre alt, Handarbeiterin, aufgenommen am 13. März 1880, hatte im Jänner 1876 geboren. Die letzte Menstruation vor 22 Tagen, die Krankheit als Geschwür an der hinteren Commissur seit einem Tage.

Status praesens (14. März). Die Vaginalportion ist vergrössert, tiefer stehend, das Orificium querspaltig, über beide Lippen ziehen seichtere und tiefere narbige Einziehungen zu demselben. Zwischen zwei an der Hinterlippe befindlichen, tieferen Einkerbungen ragt ein infiltrirter Wulst hervor, an welchem die Schleimhaut in einem Umfange von beiläufig 0·5 Ctm. ein scharf umgrenztes diphtheritisch speckig belegtes, beim Touchiren knorpelig hart sich anfühlendes Geschwür zeigt. Am nächsten Wulst nach rechts davon und an einem entgegengesetzten der Vorderlippe sitzt je ein ähnliches Geschwür mit einem körnigen, oberflächlichen Zerfall. Die Schleimhaut der ganzen Vaginalportion ist blass, nur um die Geschwüre livid glänzend. Das reichliche Secret an dem Cervicalcanal dünnflüssig, glasig, das der Geschwüre serös, limpid. An der hinteren Commissur bei den Fimbrien und in der Harnröhrenöffnung befinden sich seichte, kleine, weissliche Erosionen (Papeln). Die oberen inguinalen Lymphdrüsen beiderseits geschwellt.

15. und 16. März Menses. 17. März. Im Vestibulum treten zu den zwei erwähnten, noch vier ähnliche Papeln hinzu, und zwar an den beiden Ausführungsgängen der Bartholin'schen Drüsen und um die Harnröhre. Jodoformverband. 23. März. Cervicaldrüsen schwellen an, leichter Pharynxkatarrh. 25. März. Sklerose nimmt an Ausdehnung zu, so dass die an der Hinterlippe befindlichen Geschwüre zu einem zusammengeflossen sind. Papeln in vestibulo unverändert, Drüsen zugenommen. Jodoformtampon an die Vaginalportion. 30. März. Drüsenschwellungen in Zunahme. Sklerose reiner, von Narbensaum umgeben.

Fall VII.

Durch Güte des Herrn Professors Späth kam mir am 26. December nachfolgender Fall zu.

Der Beamte L., der heute noch deutliche Zeichen der syphilitischen Erkrankung an sich trägt, ist Anfangs Juli 1879 erkrankt, bekam Geschwüre am Penis, woraus sich eine Phymose entwickelte und hatte sich, nachdem blos eine Localbehandlung stattgefunden hat, am 12. August verheiratet. Beide Eheleute geben übereinstimmend an, bis Mitte October geschlechtlich nicht verkehrt zu haben, was der Mann durch seine Geschlechtserkrankung begründet.

Die Frau E., 26 J. alt, vor 11 Tagen menstruirt, gibt an, seit 8 Tagen erst die Geschwüre an ihren Schamlippen wahrgenommen zu haben.

Status praesens: Der untere Rand aller Schamlippen ist mit leicht erodirten, etwas erhabenen Papeln besetzt, die noch keine Haarverluste an den grossen Labien hervorgerufen haben. Der Hymen ist an beiden Seiten eingerissen, rechterseits bereits vernarbt, linkerseits im Vernarben. Die hinteren Hymenalreste ragen mässig infiltrirt in das Vestibulum vor, die Scheidenschleimhaut ist nur mässig geröthet, unverletzt.

Die Vaginalportion etwas geschwellt, namentlich der untere Antheil der stärker gerötheten Hinterlippe. Das Orificium querspaltig, klaffend, die Vorderlippe unverletzt, die Hinterlippe halbmondförmig von einer Seite des Orificium zur anderen erodirt, die Erosion speckig, gelblich glänzend, abgeplattet, secernirt ein mässig seröses Fluidum und erstreckt sich bis in das Orificium. Bei der Palpation erscheint die ganze Vaginalportion bis auf die ödematöse Umgebung und den deutlich knorpelhart sich anfühlenden Knoten an der Basis der Erosion, von normaler Consistenz. Der Uterus ist frei beweglich, nicht vergrössert, entleert aus seinem Orificium ein reichlich zähes, glasiges Secret. In der Inguinalgegend findet man bis zur Taubeneigrösse geschwellte Lymphdrüsen, ebenso sind die Cervical-, Epimastoideal-, Submental-, Cubitaldrüsen etwas geschwellt. Die Arcus leicht geröthet, die äussere Haut frei.

Therapie: Bäder, Ausspülungen, graues Pflaster, Einreibungen.

3. Jänner. Seit einigen Tagen klagt die Kranke über heftigen Kopfschmerz. Die Papeln an den äusseren Schamlippen im Ueberhäuten, ebenso der noch nicht vernarbte Einriss rechts. Die Schleimhaut der Vaginalportion und der Vagina abgeblasst, die Hinterlippe noch immer livid. Die Erosion mit dem oberflächlichen Zerfall und der knorpeligen Consistenz unverändert. Jodkali 1,5 p. d. 9. Jänner. 10 Einreibungen. Zahnfleisch geschwellt, Papeln vernarbt, die Knorpelhärte der Vaginalportion hat abgenommen, dieselbe ist mit einem Narbensaum versehen. Jodkali ausgesetzt. 25. Jänner. 20 Einreibungen ausgesetzt, Schleimhaut der Vaginalportion blass, vernarbt, Drüsenschwellungen abgenommen, die Induration an der Vaginalportion geschwunden. Uterus leicht nach vorne gewendet, Secretion aus dem Cervicalcanal reichlich, zähe, glasig.

15. Februar. Secretion aus dem Cervicalcanal ohne Erscheinungen einer Blennorrhöe bestehen noch fort. Das Orificium ist leicht eingezogen.

Während der Monate Mai, Juni, Juli war Patientin schwanger und hatte zeitweilig Schmerzen im Unterleibe, sowie leichtere Blutungen auszustehen, welche sie jedoch für Menstruationen hielt. 12. Juli erfolgte der Abortus eines macerirten Fötus sammt den unverletzten Eihäuten. Seither hat Pat. 5—6 Tage dauernde Menses, die mitunter sehr profus sind und in den Menopausen deutliche Symptome einer chronischen Metritis. Der Uterus ist derb, vergrössert, nach vorne gewendet, die V. P. elongirt, derb, abgeplattet. Aus dem eingezogenen Orificium entleert sich ein reichlicher eitriger Ausfluss.

Fall VIII.

W. Barbara, Magd, 21 Jahre alt, aufgenommen am 1. October 1877, hat vor 1 Jahre geboren. Die letzten Menses hatte Pat. vor 2 Monaten, seit 3 Monaten bemerkt sie den Ausschlag.

Status praesens. Zahlreiche erodirte Papeln an den grossen Schamlippen, schuppende zahlreiche Papeln und Pusteln an der äusseren Haut, sogar den Streckseiten der Extremitäten. Psoriasis der Handteller und Fusssohlen, confluirende Papeln an den Tonsillen, allgemeine Drüsenschwellung.

Vaginalportion geschwellt, livid, die stark vergrösserte Vorderlippe erodirt. Aus dem querspaltigen Orificium entleert sich ein schleimig-eitriges Secret.

Therapie. Ausspülungen mit 10%igem Chlorkali.

12. October. Erste Einreibung.

8. December. An der hinteren Commissur sind reichliche Geschwüre entstanden und werden mit Kupferlösung verätzt. 25. Dec. Inguinal- und Suprainguinaladenitis fluctuirt. Punction.

5. Februar. Das Syphilid ist bis auf bräunliche Pigmentreste rückgängig. Die Geschwüre im Vestibulum sind überhäutet, die Vaginalportion ist noch erodirt, die Pat. klagt über nächtliche Kopfschmerzen. 38 Einreibungen ausgesetzt, Bromkali 1,0 Abends. Sublimat innerlich 0,01. 23. Februar. Kranke wird auf wiederholtes Verlangen trotz Widerrathen, als von den schwersten Formen geheilt, entlassen.

25. Juni. Wird die Kranke wieder aufgenommen mit papulösem, luxurirendem Syphilid an den grossen Schamlippen und um den After, mit Psoriasis der Handteller und Fusssohlen, Pusteln an den unteren Extremitäten, kleinen, zu Haufen gruppirten Papeln auf der übrigen Haut und einer sehr derben, überall nachweisbaren Drüsenschwellung.

Die Vaginalportion ist stark nach vorne gewendet, geschwellt, aus dem querspaltigen Orificium entleert sich ein zäher, mit Menstrualblut untermischter Schleim.

Therapie: Versuchsweise Anwendung des Chrysarobins auf die Papeln an den Geschlechtstheilen, als nutzlos am 16. Juli durch Sublimatsolution ersetzt. Erste Einreibung.

6. August. Menses. 9. August. 18 Einreibungen. Aus dem Orificium entleeren sich noch immer Menstrua, dasselbe ist nicht verletzt. Das Syphilid ist bis auf Infiltrate und Pigmentreste rückgängig.

3. September. 34 Einreibungen. Pat. wird geheilt entlassen.

Fall IX.

K. Josefa, Magd, 24 Jahre alt, aufgenommen am 12. November 1877, war schon vor 6 Monaten mit einem Bartholin'schen Abscess, im zweiten Monate der Schwangerschaft in Behandlung, damals war insbesondere die Vorderlippe der Vaginalportion stärker geschwellt, um das Orificium erodirt. Weitere Erscheinungen einer syphilitischen Erkrankung haben sich während der über 2 Monate dauernden Behandlung nicht gezeigt.

Status praesens: Die nun im 9. Monate, zum ersten Male Gravide, kommt mit papulösem, ulcerirendem Syphilid an den grossen Schamlippen, am Mittelfleisch und um den After, Papeln an den vergrösserten Tonsillen, beiderseitiger hochgradiger Inguinaldrüsenschwellung, nebst Cervical- und Cubitaldrüsenschwellungen. Beginnende Psoriasis palmaris und plantaris.

Die Vaginalportion ist geschwellt, das Orificium querspaltig, an der Hinterlippe befindet sich eine scharf begrenzte, exulcerirte, diphtheritisch und eitrig belegte Geschwürsfläche, die übrige Schleimhaut livid.

17. November entbunden von einem 2550 Gramm schweren, 48 Ctm. grossen, derzeit gesunden Kind, wobei eine Quetschung und Riss der hinteren Commissur und mehrfache Einrisse am Orificium der Vaginalportion nebst einem an der linken Seite hoch hinaufreichenden Einriss entstanden. Die Schleimhaut des Orificium ist ectropionirt, leicht blutend, Patientin hat mehrere Male, am 8. Dec. selbst noch, blutige Secretion aus dem Uterus gezeigt. Nachdem sie 39 Einreibungen gebraucht hat, ist sie mit Pigmentresten nach dem Syphilid, abgeschwellten Tonsillen, verkleinerter, vernarbter Vaginalportion am 14. Jänner entlassen worden.

Fall X.

L. Julie, 21 Jahre alt, Köchin, aufgenommen am 2. Jänner 1878. Wurde vor 5 Monaten von einem gesunden Knaben entbunden. Letzte Menses vor 8 Tagen, letzter Beischlaf vor 8 Tagen, seit dieser Zeit Fluss.

Status praesens: Ulcerirende Papeln im ganzen Vestibulum, an den Schamlippen, am Mittelfleisch und um den After, mit starker Schwellung und reichlicher Secretion der Schleimhaut des Vestibulum und der Vagina, allgemeine Drüsenschwellung.

Vaginalportion bedeutend geschwellt, livid, das Orificium mehrfach narbig eingezogen, entleert einen mit Blut untermischten eitrigen Schleim.

Therapie: Carbol- später Sublimatverband.

14.—18. Jänner. Menses. Die Papeln bestehen noch fort, nebst einer starken Secretion aus der Scheide.

25. Februar. Die Vaginalportion um das Orificium herum exulcerirt, der Grund des Geschwüres speckig belegt, bei der Palpation deutlich härter, als der höher liegende Antheil der Vaginalportion. 27. Febr. Kranke klagt seit 2 Tagen über Bauchschmerzen.

3. März. Das Geschwür an der Vaginalportion mit scharfen, lividen Rändern versehen, ist speckig belegt, die umliegende Schleimhaut ödematös geschwellt. Therapie: Cauterisation mit Cuprum sulfuricum. 5. März. Der Kupferschorf an der Vaginalportion abgefallen, das Geschwür wird mit Jodtinctur bepinselt. Tampon mit Jodkalijodverband getränkt, die übrigen Geschwüre mit Sublimat verbunden, jene um den After mit Lapisstift geätzt, Mundpflege. 9. März. Kranke beginnt die Einreibungen. 20. März. An der hinteren Commissur führt ein tiefes Geschwür in das subcutane Zellgewebe des Perinäums. Die Vorderlippe der Vaginalportion ist zumeist überhäutet, die Seitentheile und die Hinterlippe noch speckig belegt, die ganze Vaginalportion sehr derb.

7. April. Im Fornix Vaginae ein elevirtes speckig belegtes Geschwür aufgetreten. An der Vaginalportion nur noch an zwei Stellen Geschwürsreste. Die Narben stark hyperämisch. 9. April. Rhagaden um den After sowie das papulöse Syphilid an den Genitalien vernarbt, der Fistelgang vom Vestibulum zieht sich zusammen. 20. Apr. Bauchschmerzen. 25. April. Menses.

16. Mai. 30 Einreibungen. Die Vaginalportion ist abgeblasst, kleiner, nicht mehr so derb. Von beiden Seiten des Orificium und der Hinterlippe strahlige Narben. 18. Mai. Pat. geheilt entlassen.

Fall XI.

W. Leopoldine, 22 Jahre alt, Handarbeiterin, aufgenommen am 18. Februar 1878. Pat. gebar im October 1877 einen reifen, lebenden, gesunden Knaben. Seit 8 Tagen bemerkt sie Geschwüre, seit längerer Zeit aber leidet sie an Fluss. Letzte Menses vor 10 Tagen.

Status praes.: Diphtheritische, zum Theile confluirende Papeln an dem hinteren Antheil beider Schamlippen, am Mittelfleisch und um den After maculöses Syphilid an der Haut des Stammes, Leisten- und allgemeine Drüsenschwellung. Beide Tonsillen vergrössert.

Die Vaginalportion ist nach hinten und links gewendet, geschwellt, die Vorderlippe an einer prominirenden Partie exulcerirt, mit einem scharfen, lividen Rand um die speckig belegte Geschwürsstelle. An der Hinterlippe eine kleinere, flache Erosion.

Therapie: desinficirende Ausspülungen mit 1 %iger Chlorkalilösung.

2. März. An der hinteren Scheidenwand zwei kreisrunde, diphtheritisch belegte Geschwüre. Die Geschwüre an der Vaginalportion sowie der Rand des Orificium fühlen sich deutlich härter an. 4. März. Erste Einreibung. Die Papeln an den äusseren Genitalien werden mit Sublimat verbunden. 20. März. 16 Einreibungen. Der Grund der leicht blutenden Sklerose ist speckig glänzend, mit einem Narbensaum versehen. 24. März. Pat. klagt über Uebelbefinden, objectiv ist jedoch nichts nachweisbar.

8. April. Temp. 38·0, Bauchschmerzen, die während der ganzen vergangenen Nacht anhielten. Die Vaginalportion stark nach vorne gewendet, fast vernarbt, Obstruction. 13. April. Vaginalportion ganz nach vorne gewendet, der Uterus in ein Exsudat im Douglas'schen Raum eingebettet. 22. April. Die Schmerzhaftigkeit hat beim Touchiren nachgelassen. Die Vaginalportion sieht nach unten. Im Douglas'schen Raum schrumpft das Exsudat. 27. April. Das hämorrhagische Exsudat fest. Uterus selbst, sowie die Vaginalportion zur Norm zurückgekehrt. Pat. geheilt entlassen.

Fall XII.

K. Marie, 20 Jahre alt, Magd, aufgenommen am 20. Februar 1878, entbunden 1875, menstruirend, seit 8 Tagen krank.

Status praesens: Nässende, erodirte und exulcerirende Papeln an beiden kleinen Labien, am rechten grossen, sowie an der Haut des rechten Oberschenkels. Infiltrirte Falten mit Papeln um den After. Allgemeine Drüsenschwellung, vergrösserte Tonsillen mit Zerfall um die erweiterten Krypten.

Die Vaginalportion ist stark geschwellt, um das Orificium eine mit erhabenen Rändern versehene, speckig belegte, theilweise blutende, sammt dem Orificium beiläufig kreuzergrosse Geschwürsstelle. Dieselbe findet man bei der Palpation scharf begrenzt, am Rande deutlich knorpelhart. Der übrige Antheil der Vaginalportion fühlt sich weich, wie ödematös an.

24.—26. Februar Menses.

1.—3. März. Menorrhagien. 4. März. Erste Einreibung. Chlorkalitampon an die Vaginalportion. 25.—28. März. Menses. 28. März. 23 Einreibungen ausgesetzt. Die Vaginalportion ist noch etwas geschwellt, ihre Schleimhaut ist vollständig abgeblasst, ganz vernarbt.

2. April. Vaginalportion ist abgeschwellt, Patientin geheilt entlassen.

Fall XIII.

D. Justine, 19 J. alt, Handarbeiterin, am 1. Juni 1878 aufgenommen, seit zwei Monaten Fluss, vor 14 Tagen die letzten Menses.

Status praes.: Diphtheritische Papeln an allen Labien, stellenweise, namentlich an den grossen, bereits elevirt. Pigmentreste nach Papeln an den Schenkeln und am Stamme. Beide Tonsillen sind stark vergrössert und zerfallen. Scharf umschriebene Haarverluste am behaarten Kopf. Allgemeine, vorwiegend Inguinaldrüsenschwellung.

Die Vaginalportion ist vergrössert, geschwellt, um das querspaltige Orificium eine breite, rein granulirende, am Rande der Vorderlippe bereits mit einem Narbensaume versehene Erosion, mit vermehrter, derber Consistenz beim Touchiren.

Therapie: 20%ige Chrysarobinsäure auf die Papeln der äusseren Genitalien.

25. Juni. Sublimatverband anstatt Chrysarobin.

4. Juli. Erste Einreibung. 25. Juli. 21 Einreibungen ausgesetzt, Sublimatsolution und graues Pflaster local.

4. August. Das rein granulirende Geschwür an der Vaginalportion lapidisirt. 9. August. Jodtincturbepinselungen der Vaginalportion. 23. Aug. Jodoformverband auf dieselbe.

1. September. Die Vaginalportion noch immer stark vergrössert, bis auf Erbsengrösse vernarbt. 18. Sept. Die Vaginalportion vernarbt, aus dem Orificium entleert sich nur eine mässige Menge klaren Schleimes. Das papulöse Syphilid ist rückgängig. Patientin geheilt entlassen.

Fall XIV.

S. Therese, 17 Jahre alt, Bäuerin, aufgenommen am 16. Juli 1878, menstruirend, seit 6 Wochen krank, ist behaftet mit erodirten Papeln an der Schleimhaut der kleinen Schamlippen und am Rande der grossen, papulösem Syphilid am Stamm, nebst allgemeiner Drüsenschwellung.

Vaginalportion mässig vergrössert, um das querspaltige Orificium eine scharf umgrenzte, einen Stich ins Gelbliche zeigende, feinkörnig zerfallende Erosion.

5. Sept. Nach 25 Einreibungen ist das Syphilid geschwunden, die Sklerose zur Ueberhäutung gekommen und Pat. wird auf Verlangen geheilt entlassen.

Fall XV.

H. Anna, 24 Jahre alt, Magd, von der ersten geburtshilflichen Klinik des Herrn Hofrathes Carl v. Braun zur Aufnahme gelangt am 13. August 1878.

Der klinische Assistent Dr. Welponer berichtete über den anomalen Geburtsverlauf in der Wiener med. Presse, 1879 Nr. 11, welchem Berichte wir Nachfolgendes entnehmen.

Die Zweitgebärende fand Welponer am 2. August 1878, 28 Stunden nach erfolgtem Blasensprung und 33 Stunden nach Beginn der ersten Wehen mit einem auf 3 Ctm. erweiterten Cervix, der ausserordentlich derb, geschwellt war. Eine kreuzergrosse Stelle rechts an der vorderen Lippe war besonders durch ihre knorpelige Härte aufgefallen. Dieselbe war leicht elevirt, scharf umgrenzt, speckig belegt, exulcerirt. Der übrige Cervix livid, stark geschwellt und straff um den kindlichen Schädel gespannt. An der hinteren Scheidewand fand man zwei und am Ausführungsgang der rechten Bartholin'schen Drüse eine dritte, weniger tief infiltrirte, scharf contourirte Ulceration Universelle Drüsenschwellung und eine abgeblasste Roseola.

Nach mehreren Incisionen und längerem Zuwarten musste die Zange angelegt werden, wobei das abnorm rigide Cervicalgewebe an zwei Stellen bis zur Scheideninsertion gerissen ist.

Das Wochenbett verlief afebril, der Uterus involvirte sich trotz Darreichung von Secalepräparaten höchst langsam und mangelhaft. Ueber das Kind, welches nach 6 Wochen in Folge allgemeiner Atrophie und Anämie gestorben ist, liegen keine näheren Beobachtungen bezüglich der Syphilis vor.

Am 11. Tage nach der Entbindung gab die Kranke an, dass sie noch nicht ganz 8 Monate getragen habe, (letzte Menses 1. Februar) und dass ihr über die syphilitische Infection nichts bekannt sei. Im Vestibulum und an der Vagina finden sich noch die oben erwähnten drei indurirten Geschwüre vor.

Die Vaginalportion ist nahezu vollständig in zwei Hälften gerissen, wovon die hintere im ganzen Umfang wie verbrüht erodirt und exulcerirt ist, die vordere mit Ausnahme eines kleinen Antheiles gegen das Laquear zu exulcerirt, diphtheritisch belegt ist. Das Orificium ausserdem noch mehrfach seichter eingerissen, entleert grosse Mengen eitriger Lochien.

22. August. Uterus involvirt sich nur langsam und bleibt ziemlich stark. 23. Aug. Jodoformtampon an die Vaginalportion.

1. September. Nach dreitägiger Pause wieder Uterinalblutungen. 23. Sept. Die Vaginalportion noch sehr derb, an der Vorderlippe die Sklerose etwas reiner, an der Hinterlippe noch erodirt. Der Uterus erreicht noch immer die Höhe des Promontoriums, ist frei beweglich. Aus dem Orificium entleert sich glasiges Secret. Die Schleimhaut der Vagina blass, Geschwüre daselbst vernarbt.

15. October. Die Vaginalportion granulirt noch, die Vorderlippe ist besonders stark geschwellt.

1. November. Jodkali 1,0 p. d. 19. Nov. Nachdem die Vaginalportion bedeutend kleiner und fast gänzlich vernarbt ist, wird Pat. geheilt entlassen.

Fall XVI.

S. Marie, 17 Jahre alt, Handarbeiterin, aufgenommen am 1. September 1878, hat nicht geboren. Letzter Coitus hat vor vier Monaten stattgefunden, auf den sie auch ihre Krankheit zurückführt.

Status praesens: Diphtheritische, wuchernde Papeln an den grossen Schamlippen, am Mittelfleisch und um den After. Grossmaculöses Syphilid der äusseren Haut, Psoriasis palmaris und plantaris. Pusteln am behaarten Kopfe, Hypertrophie beider Mandeln, an denen sich diphtheritisch zerfallende Papeln befinden. Allgemeine Drüsenschwellung.

Die Vaginalportion ist vergrössert, fühlt sich im Ganzen, namentlich aber um das querspaltige Orificium härter an, die Hinterlippe ist scharf begrenzt, erodirt, die ganze Schleimhaut livid, geröthet.

Therapie: Sublimatverband, desinficirende Irrigation.

4. October. Beginn der subcutanen Sublimatinjectionen. 8. Oct. Exstirpation der Tonsille.

2. November. 23 Injectionen. Drüsenschwellungen sind mässig, die Papeln überhäutet. 5. Nov. Die Vaginalportion ist noch immer vergrössert, ihre fast vernarbte Hinterlippe noch derb. 16. November. Menses durch 2 Tage. 20. Nov. 40 Injectionen. Vaginalportion überhäutet. 21. Nov. Pat. wird geheilt entlassen.

Fall XVII.

Sch. Karoline, 24 Jahre alt, Magd, aufgenommen am 13. November 1878, hat noch nicht geboren, vor zwei Jahren ist sie an Fluor behandelt worden.

Status praesens: Elevirte, confluirende Papeln an den Geschlechtstheilen und um den After. Allgemeine Drüsenschwellung.

Die Vaginalportion ist mässig vergrössert, um das Orificium erodirt, daselbst leicht blutend, das eigentliche Orificium unverletzt.

Patientin wurde mit 30 subcutanen Sublimatinjectionen und Sublimatverband local behandelt, unter welcher Behandlung sowohl das Syphilid, als auch die Vaginalportion zum Vernarben kam. Während des Spitalsaufenthaltes von 80 Tagen hat Pat. kein einziges Mal menstruirt.

Fall XVIII.

D. Marie, 19 J. alt, Magd, am 29. November 1878 aufgenommen, gravid 8. Monate, Fötalpuls hörbar.

Status praesens: Erodirte Papeln an der inneren Fläche der grossen und den ganzen kleinen Schamlippen. Maculo-papulöses Syphilid der äusseren Haut. Vergrösserte, mit Papeln besetzte Tonsillen. Allgemeine Drüsenschwellung. Die livide, geschwellte Vaginalportion zeigt an der Hinterlippe ein scharf umschriebenes, speckig belegtes Geschwür, dessen breite Seite sich gegen das Orificium hinzieht. Die sonst sehr weiche Vaginalportion fühlt sich dem Geschwür entsprechend derber an.

Therapie: Sublimatverband auf die Papeln.

7. December. Einreibung. 20. December. Die Papeln sind überhäutet.

2. Jänner. Das Orificium der Vaginalportion ist vernarbt, der Hinterlippe entsprechend härter. 10. Jänner. Kranke fühlt die Kindsbewegungen, die fötalen Herztöne sind hörbar. 14. Jänner. 28 Einreibungen ausgesetzt, Bäder. 28. Jänner. Kranke wird ins Gebärhaus transferirt.

Fall XIX (Abbildung Fig. 3).

M. Anna, 30 Jahre alt, Handarbeiterin, aufgenommen am 15. December 1878, hat dreimal geboren, das letzte Mal 1874. Der letzte Beischlaf wird auf 4 Monate, das Auftreten der Papeln an den äusseren Genitalien auf einen Monat angegeben.

Status praesens: Grössere, erodirte Papeln an den grossen Schamlippen, am Mittelfleisch und um den After, kleinere nässende im Vestibulum und drei an der linken Wand der oberen Schleimhaut der Vagina, schuppende Papeln an beiden Schenkeln, im Nacken und an den Fusssohlen. Allgemeine Drüsenschwellung. Harnröhrenblennorrhöe.

Die Vaginalportion stark vergrössert, die beiden Lippen um das Orificium in einem grossen Umfange erodirt, an welcher Stelle sich bei der Palpation eine knorpelige Härte wahrnehmen lässt.

Therapie: Sublimatverband, Zinkeinspritzung.

28. December. Erste Einreibung.

3. Jänner. Profuse Menses. 8. Jänner. 10 Einreibungen, die Papeln überhäutet, jene im Nacken geschwunden. Die Erosion an der Vaginalportion zerfällt und blutet leicht. Jodoformverband. 21. Jänner. Wegen Bronchialkatarrh werden die Einreibungen durch einige Tage unterbrochen und Opiate gereicht.

13. Februar. Die Vaginalportion ist an der Vorderlippe narbig verschrumpft, an der Hinterlippe noch granulirend. Die Einreibungen werden fortgesetzt, ebenso der Jodoformverband. 25. Februar. Das Orificium der Vaginalportion granulirt noch.

4. März. 30 Einreibungen, die Vaginalportion ist fast überhäutet. Leichte Cauterisation der Granulationen mit Nitras argenti. 18. März. Jodkali innerlich 1,0 p. dosi.

3. April. Die Vaginalportion ist im Ganzen abgeschwellt, die Kranke wird am 10. April geheilt entlassen.

Fall XX.

F. Antonia, 27 Jahre alt, Druckereibedienstete, aufgenommen am 12. März 1879, hat viermal geboren, das letzte Mal im Juli 1878. Letzte Menses hatte die Kranke 8 Tage vor dem Eintritt und ist angeblich seit 4 Wochen krank.

Status praesens: Oberflächlich nekrosirende Papeln am Rande der grossen Schamlippen und an den Nates, Inguinal- und allgemeine Drüsenschwellung. Vergrösserung beider Tonsillen.

Die Vaginalportion ist stark vergrössert, das Orificium querspaltig, narbig eingezogen. An der Hinterlippe sind mehrere erweiterte Schleimdrüsenausführungsgänge und Narben. Die Vorderlippe dagegen ist namentlich gegen das Orificium hin theils narbig, theils leicht erodirt, speckig glänzend, derb.

Therapie: Carbolverband. Irrigationen.

20. März. Papeln überhäutet.

3. April. Vaginalportion ebenfalls überhäutet. Sublimat innerlich.

11. Mai. Im Vestibulum, namentlich um die Harnröhre sind mehrere diphtheritische Papeln aufgetreten. Die Vaginalportion ist livid und narbig glänzend, das Orificium halbmondförmig, stark eingezogen und geschlossen. Tupelostift in dasselbe.

Die weitere Behandlung betrifft eine linksseitige Adenitis bei einer nachlässigen Kranken.

30. November leichte Menses, die ersten seit Eintritt. 3. bis 5. November Menses.

Das weitere Verhalten der Vaginalportion bietet nichts Abnormes. Nachdem die Patientin noch eine Zahl von Einreibungen gemacht und sich erholt hat, wird sie am 27. December geheilt entlassen.

Fall XXI.

R. Antonie, 37 Jahre alt, Magd, aufgenommen durch Transferirung von der Augenabtheilung, woselbst sie an Thränensackblennorrhöe behandelt wurde, am 25. März 1879. Pat. hat dreimal, zuletzt 1877 geboren. Letzte Menses vor $3^1/_2$ Monaten, letzter Beischlaf vor 4 Monaten. Krankheitsdauer $3^1/_3$ Monate. Fluss.

Status praesens: Schuppende, stellenweise bis auf Pigmentreste zurückgegangene Papeln am ganzen Körper, Psoriasis der Fusssohlen, circuläre Haarverluste am behaarten Kopf. Allgemeine Drüsenschwellung. An den Genitalien, mit Ausnahme einiger von

ren Geburten herrührender alter Narben im Vestibulum, nichts Abnormes.

Die Vaginalportion nach rückwärts gewendet, bedeutend vergrössert, wie ödematös geschwellt, ihre Schleimhaut livid. Das querspaltige Orificium ist zu beiden Seiten eingezogen. An der Vorderlippe sitzt in der hervorgewölbten Schleimhaut des Orificium eine von der Peripherie im Vernarben begriffene, mit Gefässen durchzogene, vernarbende Ulceration. An der Hinterlippe sitzt eine noch scharf von einem Narbensaum umgebene, speckig belegte, in der Mitte eingekerbte, erhabene Geschwürsfläche. Das ganze Orificium, namentlich die Lippen indurirt.

22. April. Der speckige Belag des Geschwürs an der Vaginalportion geschwunden, dieselbe granulirt, blassröthlich. Das Syphilid der äusseren Haut ist im Schwinden begriffen.

13. Mai. Jodkali innerlich (1,0 p. d.). 22. Mai. Die Sklerosen an der Vaginalportion sind stellenweise hämorrhagisch, stellenweise exulcerirt. 27. Mai. Aus der schlaff granulirenden Wunde der Vaginalportion sickert ein reichlich dunkelflüssiges Blut.

1. Juni. Die ganze Vaginalportion ist namentlich der Hinterlippe entsprechend geschrumpft. 8. An der hinteren Wand der Vagina sind zwei hämorrhagische Geschwüre entstanden. Die Sklerose an der Vorderlippe ist bedeutend kleiner, jene an der Hinterlippe granulirt rein und wird mit Nitr. arg. touchirt. 17. Juli. Pat. magert ab, Gonitis dextra. Jodkali ausgesetzt. 29. Juni. Erste Einreibung. Die scorbutischen Erscheinungen werden mit Chinin und roborirender Diät behandelt.

24. Juli. 14 Einreibungen. Scorbutische Erscheinungen geschwunden. Die Geschwüre an der Vaginalportion und der Vagina verheilt. 1. August. Patientin wird geheilt entlassen.

Fall XXII (Abbildung Fig. 4).

S. Rosa, 26 J. alt, Handarbeiterin, aufgenommen am 18. April 1879. Hat niemals geboren, vor 8 Tagen zum letzten Mal menstruirt, angeblich seit 6 Wochen an Genitalgeschwüren leidend.

Status praesens: Zerfallende zusammenfliessende Papeln an allen Schamlippen, im ganzen Vestibulum, an den Hymenalresten, mit ödematöser Anschwellung beider, namentlich der linken grossen Schamlippe. Infiltrirte, mit zerfallenden Papeln besetzte Falten um den

After, erhobene diphtheritische Papeln am Mittelfleisch und den Nates Kleinpustulöses Syphilid an der Haut des Stammes, namentlich am Nacken. Allgemeine beträchtliche Drüsenschwellung. Rachenkatarrh mit Tonsillarschwellung.

Die Vaginalportion mässig nach rückwärts gewendet, ragt als ein unten abgeplatteter Cylinder im vorderen Laquear $1^1/_2$ Ctm., im hinteren $2^1/_2$ Ctm. in die Scheide vor. Der Breitendurchmesser ist 3 Ctm. mit einem Orificium von 1 Ctm. Der Sagittaldurchmesser 3·5 Ctm. Fast die ganze Platte des Cylinders nimmt ein an den Rändern elevirtes Geschwür ein, dessen flacher Grund durchwegs speckig belegt und mit einigen durch tieferen Zerfall entstandenen seichten Einkerbungen, welche gegen das Orificium hinziehen, versehen ist. Das ganze kreisförmige Geschwür ist dem linken Rande der Vaginalportion näher gelegen, so dass das Orificium excentrisch nach rechts im Geschwüre zu liegen kommt.

Therapie: Desinficirende Abspülungen und Carbolverband.

2. Mai. Das pustulöse Syphilid nimmt zu. Um die Knie herum ist ein Erythema exsudativum aufgetreten. 4. Mai. Der linke erhabene Antheil des Geschwürs der Vaginalportion bis zum Orificium noch immer speckig belegt, das übrige Geschwür granulirt rein. Das Syphilid trocknet ab. Jodoformverband auf die Geschwüre und die Vaginalportion. 19. Mai. Die ganze Sklerose an der Vaginalportion granulirt bereits rein und ist von einem leicht deprimirten Narbensaum umgeben. 24. Ein Theil der Sklerose der Vaginalportion exscindirt.

1. Juni. Die Papeln sind überhäutet und haben noch stellenweise Infiltrate zurückgelassen. Die Excisionsstelle an der Vorderlippe der Vaginalportion granulirt rein, ebenso der Rest der Sklerose an der Hinterlippe, letztere blutet leicht. Erste Einreibung. 21. Juni. Die Vaginalportion ist abgeschwellt, im Ganzen weicher, aus dem Orificium entleert sich eine mässige Menge eines glasigen Schleimes, um dasselbe ist das Geschwür bis auf eine kreuzergrosse Stelle vernarbt.

26. Juli. 35 Einreibungen. Oedem der Labien sowie die Reste des Syphilides sind rückgängig. Die Vaginalportion von derb elastischer Consistenz ist verkleinert, die Geschwüre bis auf wenige Granulationen am Orificium vernarbt. Das Orificium selbst ist eingezogen, geschrumpft, Pat. wird geheilt entlassen.

Fall XXIII.

B. Franziska, 20 Jahre alt, Handarbeiterin, aufgenommen am 14. August 1879, gibt an, das achte Mal erkrankt zu sein. An Syphilis leidet sie seit beiläufig 7 Monaten, seit welcher Zeit sie 4mal in ärztlicher Behandlung stand. Die jetzigen Geschwüre beobachtet sie seit 14 Tagen, letzte Menses vor 8 Wochen. Patientin hat niemals geboren.

Status praesens: Diphtherische, erodirte Papeln an allen Labien, ebensolche elevirte, in der Vagina und an der Hinterlippe der Vaginalportion. Allgemeine Drüsenschwellung.

Die Vaginalportion ist vergrössert, nach unten abgeplattet. Das Orificium stark halbmondförmig, um dasselbe eine mit einem leicht lividen Halo versehene, erhabene, nicht blutende Ulceration. Der Uterus selbst ist leicht anteflectirt, nicht vergrössert.

16. August Menses. 22. Aug. Erste Einreibung. 27. Aug. 5 Einreibungen. Die Vaginalportion abgeblasst, fast alle Papeln vernarbt.

2. September. 11 Einreibungen, Zahnfleisch geschwellt, Vaginalportion ist im Vernarben, aus dem Cervicalcanal hängt ein zäher, eitriger Pfropf. 13. Sept. 21 Einreibungen. Die Papeln sind vollständig rückgängig, die Vaginalportion ist platt, fühlt sich weicher an und ist noch an der Vorderlippe wenig erodirt. Drüsenschwellungen überall geschrumpft, das Zahnfleisch geschwellt, Einreibungen ausgesetzt. 15.—19. Sept. Menses. 23. Sept. Spärliche eitrige Secretion aus dem Cervicalkanal, die wenigen Granulationen um das Orificium lapidisirt, die übrige Vaginalportion mit Jodtinctur bepinselt. Jodkali 1,0 p. d.

3. November. Die Vaginalportion noch an der Vorderlippe, am Orificium in Granulation. Secret glasig. 17. Nov. Das Orificium ist vernarbt, die Kranke geheilt entlassen.

Fall XXIV.

K. P., 36 J., 8 Jahre verheiratet, ist seit circa 3 Wochen auf der Augenklinik des Herrn Hofr. v. Arlt wegen Iritis specifica mit 12 Einreibungen (à 2,5) und Atropineinträuflungen behandelt worden. Am 15. März wurde sie mir zur Ansicht überschickt. Sie gibt an dreimal geboren zu haben. Das erstemal vor sieben Jahren einen lebenden, reifen Knaben, das zweitemal hat sie eine Frühgeburt im 7. Monat und vor 2 Jahren mit 6 Monaten durchgemacht. Seit der ersten

Entbindung leidet sie an Prolaps der Gebärmutter. Im Hochsommer, dann im November 1879 hatte sie an heftigen Kopfschmerzen, die besonders des Nachts exacerbirten, gelitten, wegen welcher ihr nach vergeblichen Versuchen mit verschiedenen Mitteln, der behandelnde Arzt Dr. J. Weiss, der mit Ausnahme einer mit Borken bedeckten Vorderlippe keine Erscheinungen fand, Jodkali verabreichte. Ueber die Natur ihres Leidens ist Pat. gänzlich im Unklaren.

Status praesens. Die schlaffe, schmutzig gelbliche Haut ist mit zahlreichen schuppenden theils solidären, theils besonders im Gesicht confluirenden, kupferfarbenen, über die Hautoberfläche mässig erhabenen Papeln besetzt. An der behaarten Kopfhaut sind circuläre Haarverluste und bräunlich schuppende Papeln. Die Schleimhaut der Mundhöhle, sowie die der Conjunctiven blass. Weder an der äusseren Haut, noch an der Schleimhaut der äusseren Geschlechtstheile ist eine Stelle zu finden, die für einen Primäraffect sprechen würde.

Zwischen den sehr schlaffen, verlängerten kleinen Labien und zum Theile von diesen noch bedeckt, ragt die vordere Lippe der in allen Durchmessern vergrösserten Vaginalportion hervor.

Die Vorderlippe stellt einen Zapfen dar, dessen gegen das Orificium zugekehrte Seite platter und verbreiteter erscheint. Das vordere Scheidengewölbe ist vollkommen verstrichen, die vordere Vaginalwand liegt, in mehrere Querfalten herabgezogen, zwischen der Vorderlippe der etwas nach oben gedrängten Urethra. Drängt man die äusserst schlaffe Vaginalwand zurück, so misst die Länge der Vaginalportion von dem so hergestellten, vorderen Scheidengewölbe bei der höchsten Kuppe 7·0 Ctm., die Breite derselben 4 Ctm. Die Hinterlippe ist platt, hängt über die hintere Commissur hervorgeholt, einer herausgestreckten Zunge ähnlich herab. Ihre Länge misst von dem etwas herabgezogenen hinteren Scheidegewölbe an 5 Ctm., die grösste Breite 3·5 Ctm.

Das Orificium ist querspaltig, 2·3 Ctm. im Durchmesser und wird zu beiden Seiten von den 2 Ctm. breiten Seitentheilen der Vaginalportion begrenzt.

Die Schleimhaut des Cervicalkanals ist an der Vorderlippe 0·5, an der Hinterlippe 1 Ctm. ectropionirt. Die Schleimhaut der Vorderlippe ist blass, rosenroth, in einem Umfang von 2·5 Ctm. milchig getrübt, die Schleimdrüsen daselbst hie und da erweitert. Die Schleimhaut um die Ausführungsgänge intensiv roth injicirt. Fast in der Mitte der Schleimhaut der Vorderlippe befindet sich eine 1 Ctm. im Durchmesser

messende, scheibenförmige, deprimirte Narbe, deren scharf abfallende Ränder, sowie die Umgebung durch 3—4 leichte, strahlige Einkerbungen, die gegen die Mitte ziehen, durchschnitten ist. Die ganze Depression, livid von Farbe, zeigt genau in der Mitte eine 3 Ctm. breite, noch speckig belegte runde Stelle. Der Narbe entsprechend fühlt sich die Vorderlippe derber an. Die Schleimhaut der Hinterlippe bis nahe an den Rand livid roth, an drei Stellen unregelmässig begrenzt erodirt, die Drüsenausführungsgänge bis zu Stecknadelstichgrösse erweitert.

Der mässig vergrösserte Uteruskörper ist von der Hinterlippe an gemessen 8 Ctm. lang, frei beweglich, nach hinten gewendet.

24. März. 18 Einreibungen. Exanthem auf Pigmentreste rückgängig, stellenweise noch schuppend, Sklerose vernarbt. Die Erosionen der Hinterlippe scharf umgrenzt, weisslich glänzend. Die Consistenz der Vaginalportion unverändert. Therapie: ambulatorisch Jodkali innerlich.

Was den Sitz des Primäraffectes an der Vaginalportion anbelangt, so sieht man unter den angeführten 24 Fällen am häufigsten die Vorderlippe (8 mal) und gleich darauf den, um das ganze Orificium der Vaginalportion liegenden Antheil (7 mal) betroffen. Anher reiht sich an die Hinterlippe mit 4, beide Lippen isolirt erkrankt mit 3, die ectropionirte Schleimhaut des Orificium als Sitz der Induration, und der untere Cervicalkanal, mit nachfolgendem Zerfall des Orificium mit je einem Fall. Schwarz verzeichnete unter 19 Fällen von Chancres syphilitiques du col, 14 in der nächsten Nähe und am Orificium und nur 4 erreichten dasselbe nicht.

Wie sich a priori erwarten liess, kommen die meisten Primäraffecte am Orificium, in den drüsenreichen Lippenrändern und in dem untersten Dritttheile des Vaginalantheiles vor. Daselbst würden bei der grössten Anzahl (Klotz) der Vaginalportionen die Schleimdrüsen und deren Ausführungsgänge, Schwellungen und Excoriationen fast zur Regel gehören. Es ist bereits auch die Bedingung der Infection, nämlich die laesio continui gegeben.

Dass verhältnissmässig doppelt so oft die Vorderlippe im Vergleich zu der Hinterlippe betroffen war, lässt sich aus der fast normalen leichten Anteflexion des Uterus erklären, da die Vorderlippe den häufigsten Insulten ausgesetzt ist, und beim Coitus

am allerleichtesten mit den erkrankten Eichel- und Vorhauttheilen in Berührung kommt. Dort, wo die prolabirte, tieferstehende Lippe (Fall XXIV) den Frictionen preisgegeben war, sehen wir auch diese erkranken.

Dass die vorerwähnten Lockerungen der Schleimhaut, Excoriationen, durch welche Umstände immerhin veranlasst (siehe oben p. 52 u. 53) einer leichteren Aufnahme des Contagiums zugänglich sind und nicht erst frisch erzeugt sein müssen, liegt auf der Hand. Erwähnenswerth erscheint, dass unter meinen Kranken, mehr als die Hälfte (14, worunter zwei Wöchnerinnen) bereits geboren haben, ein Umstand, der für eine leichtere Verletzbarkeit, oder eine noch bestehende Verletzung ex partu spricht. Acht waren noch nicht schwanger, und zwei Schwangere hatten die Sklerose an der Hinterlippe acquirirt. Die virulente Blennorrhöe konnte ich nur in dreien dieser Fälle, einmal von Condylomen gefolgt, nachweisen, obzwar fast alle Kranken an Fluss bereits durch längere Zeit zu leiden angegeben haben.

In allen Fällen war der Beischlaf als Gelegenheitsursache der Infection angegeben, selbst in jenem Falle (X), wo es sich um die Cervicalaffection gehandelt hat. Wie das inficirende Agens und an was gebunden, an Ort und Stelle der Infection eingepflanzt wurde, wage ich nicht zu entscheiden. Umsomehr wachsen die Zweifel, wenn wir Simon's (Ricord's Lehre pag. 34) Behauptung „der Schankereiter gelangt nur ausnahmsweise zu der Vaginalportion und in die Uterinalhöhle, um daselbst wieder Schanker zu erzeugen," uns in Erinnerung zurückrufen. Ob das reine Sperma ansteckungsfähig ist, lässt sich heute noch nicht als entschieden hinstellen; obzwar unter anderen Johns (Schmidt Jahrb. 1855, pag. 189) dasselbe behauptet. Mackenzie beobachtete 3 Fälle von Uterinleiden, die kurz nach der Verheiratung ohne nachweisbaren Primäraffect auftraten, und denen dann Hals-, Haut- und Periostaffecte gefolgt sind. Aehnliche Art der Infection erwähnt Zeissl (W. med. Wchnschrft. 1880, Nr. 4), indem er die Syphilis bei Weibern auftreten sah, ohne einen Primäraffect an ihnen nachgewiesen zu haben und die während der Schwangerschaft vom Uterus aus inficirt worden sind.

Zur Wahrnehmung eines primär-syphilitischen Affectes an der Vaginalportion gelangt man entweder ganz zufällig oder in-

ductiv, indem man bei vorhandenen Erscheinungen von Syphilis die Invasionsstelle am ganzen übrigen Körper vergebens gesucht hat.

Schon Ricord wollte sich mit der bequemen Theorie der Syphilis d'emblée nicht begnügen, als er wegen Kopf- und Gelenksschmerzen, Ausfall der Haare und einer Impetigo syphilitica consultirt, einen Primäraffect suchte, und diesen an der Vaginalportion gefunden hat (Clinique iconographique, Planche V_2. I observ.)

Auch ich hielt bisher an den Anschauungen unserer Schule fest, dass die Syphilis nicht in den Körper übergehe, ohne eine und selbst die geringste Entzündung an der Invasionsstelle zu veranlassen und war deshalb stets bemüht, mir über den Ort und die Art der Infection eine Aufklärung zu verschaffen. Dabei habe ich die Vaginalportion sehr häufig erkrankt, ja sogar nachweisbar primär-syphilitisch erkrankt vorgefunden.

Bei der Diagnose liess ich mich durch die von Sigmund ausgesprochene Behauptung leiten, dass wenn alle veranlassenden Umstände einer verdächtigen Läsion an der Vaginalportion ausgeschlossen sind, und andere Syphiliserscheinungen daneben vorkommen, man eine solche für der Syphilis angehörig zu erklären berechtigt wäre. Aehnlich Engelstedt (siehe pag. 52).

Da die von so vielen Autoren zur Sicherstellung der Diagnose einer Ulceration der Vaginalportion empfohlene Impfung bei Syphilitischen gar nicht verwerthbar ist, so war ich an anamnestische und klinische Merkmale allein angewiesen und berücksichtigte: Den vorausgegangenen inficirenden Coitus, die Dauer, den Verlauf und das Aeussere des Affectes, verglichen mit den übrigen Syphiliserscheinungen.

Den Angaben bezüglich des inficirenden Coitus und der Dauer der Erkrankung ist in den seltensten Fällen ein Glaube beizumessen, weil die von der Vaginalportion ausgehende, vollständig schmerzlose Infection den Kranken lange verborgen bleibt und sich höchstens durch einen stärkeren Ausfluss denselben bemerkbar macht.

Die Dauer nach den begleitenden Erscheinungen zu erschliessen, ist bei dieser Art der Infection nicht immer zulässig, da, wie noch später gezeigt werden soll, die Erkrankung lange Zeit auf die Genitalsphäre localisirt bleibt. Nichtsdestoweniger macht diese syphilitische Initialerkrankung dieselben Phasen durch, als wie

diejenigen, welche an anderen Schleimhäuten vorkommen und nur zeitweilig ist es möglich, aus dem Aussehen die Natur des Leidens zu bestimmen.

Die frühesten Stadien werden kaum von anderen Processen zu unterscheiden sein, und so lange keine begleitenden Erscheinungen hinzugetreten sind, bleibt ihre Natur unklar.

Die wohlentwickelten Sklerosen der Vaginalportion sind von einem geschwellten, grossen, rothen Hof umgeben, der sich auch, wie in unserem Falle VII u. a. weicher anfühlt. Die übrige Schleimhaut der Vaginalportion ist stärker geröthet, selbst glänzend, hie und da sogar abgeschürft, und secernirt eine grössere Menge eines schleim-eitrigen Fluidums. Die Sklerosen selbst sind deutlich indurirt, scharf livid umrandet, diphtheritisch belegt.

Ist die oberflächlich nekrosirende Schichte des Infiltrats abgestossen, so kann man statt der zerfallenden, eine mässig limpid secernirende, stellenweise kleine Hämorrhagien zeigende, glänzende Oberfläche erblicken. Die Sklerose kommt nicht immer allein, als einziger Knoten vor, wie es mehrere unserer Fälle beweisen. Die einzelnen Knoten unterliegen dann, je nach dem Sitze verschiedenen Veränderungen, und können somit, obzwar gleichzeitig entstanden, ein verschiedenes Aussehen darbieten.

Diese Stadien sind meistens schon von einer Lymphdrüsenschwellung der oberen Inguinalgegend, sowie von beginnenden, oder bereits vorhandenen Papeln an der Schleimhaut des Vestibulum und der Labien gefolgt.

Anders verhielt es sich mit den Befunden bei jenen Fällen, welche mit bereits weit über den ganzen Körper ausgebreiteten Folgeerscheinungen der Syphilis zur Beobachtung kamen (Fall VIII bis XXIV). Die ödematös entzündliche Anschwellung der Vaginalportion ist gewichen und hat einer derberen Consistenz der ganzen Vaginalportion, vorwiegend aber des betroffenen Antheiles derselben, Platz gemacht. Wir finden dann entweder nur eine Lippe verlängert, oder, selbst die ganze Vaginalportion plumper, grösser, in die Scheide vorragen. Die sklerotischen Knoten sind zumeist durch die Schichtennekrose oder einen rascheren Zerfall eliminirt. Der constant livide, scharfe Rand markirt die Sklerose bis zu ihrer Verheilung, und statt der Wulstung zeigt sich derselbe in den späteren Stadien leicht deprimirt, hie und da zu einem Narben-

saum umgewandelt. Der Grund ist meistens von Granulationen bedeckt, die bei der geringsten Berührung reichlich bluten und bald wuchernd die Ränder überragen, bald durch einen neuerlichen Zerfall betroffen, schlaffe, vertiefte, eitrig verfilzte Geschwüre darstellen.

Die soeben geschilderten und theilweise auch anderen Geschwüren zukommenden Eigenschaften wären allein für die Diagnose nicht hinreichend, wenn, wie schon erwähnt, anderweitige Erscheinungen von Syphilis einen Schluss auf ein lange bestehendes, bereits verändertes primärsyphilitisches Geschwür nicht andeuten würden, welcher Schluss dann durch einige Beobachtung des Verlaufes seine Bestätigung erlangt.

Schliesslich sei noch, die Sklerosen im Cervicalkanal betreffend, erwähnt, dass dieselben nach einem blutig eitrigen Secret aus dem Orificium, bei sonstigem Mangel anderer Uterinalstörungen des Scheidentheiles erschlossen, nur durch eventuellen Zerfall des Orificium ihre Bekräftigung finden. Wenn auch diese Fälle der Cervicalaffection als sehr selten bezeichnet werden, so geben sie Förster, Scanzoni, Kiwisch u. A. doch zu. Courti führt sogar sechs Fälle von intracervicouterinen Schankern an, und fügt hinzu, dass sich anfangs blos ein blennorrhagisches Secret aus dem Cervix entleerte, und erst nach einigen Tagen habe sich das Orificium in eine chancröse Ulceration umgewandelt. Nach Courti (Jullien) kommen im canalis portionis vaginalis Schanker vor, welche sich blos durch einen Ausfluss kundgeben.

Die zahlreichen Verschiedenheiten in der Form und dem Verlaufe des primärsyphilitischen Affectes bedingen die individuellen inneren Zustände des Organismus und die äusseren Einflüsse. Sowie am übrigen Körper beginnt auch die syphilitische Initialerkrankung an der Vaginalportion mit einer Schleimdrüsenentzündung, einer unscheinbaren Abschürfung des Epithels, einem herpesähnlichen Ausschlag, um einmal zu einem typischen, verschiedene Phasen in seinem Verlauf durchmachenden Knoten zu gedeihen, ein anderesmal wieder, baldigst sich zurückzubilden und häufig gar unentdeckt zu verschwinden. Die syphilitische Primärsklerose kann an der Vaginalportion bestehen und gedeihen, ohne dass die Kranken etwas mehr, als einen, oft mehrere Wochen bestehenden Ausfluss an der Vagina verspüren. Simon behauptet

sogar, dass die Lues des Uterus allein sich zu bemächtigen im Stande wäre, ohne überhaupt anderweitige Erscheinungen hervorzurufen. Zu dieser Anschauung können verschiedene, der vom Uterus ausgehenden syphilitischen Infection zukommende Eigenthümlichkeiten die Veranlassung geben. Die Erkrankung verharrt oft lange in der Genitalsphäre, bevor sie zu einer nachweisbaren Ausbreitung über andere Organe kommt. Ferner ist ihr Verlauf ein äusserst langwieriger, so dass sie oft noch bestehen bleibt, wenn bereits andere Symptome der Syphilis geschwunden sind. (Sigmund, Einreibungscur. pag. 61, Mackenzie.) Oder endlich, es bleiben ihre häufigen Recidiven blos auf die Genitalsphäre allein beschränkt. Unter unseren Beobachtungen sprechen dafür die Fälle I, II, VI, VII, IX, XVII, XXIII.

Der Grad der Infiltration an Stelle des Primäraffectes ist ein verschiedener. Demgemäss treffen wir nur oberflächliche, scharf umschriebene, speckig belegte Erosionen an, deren mässig infiltrirten Grund wir kaum nachweisen können, umsomehr, als die Palpation allein, die zu diesem Zwecke an der Vaginalportion vorgenommen werden kann, zum Nachweis geringer Infiltrationsgrade unzureichend ist. In der grösseren Mehrzahl (15) unserer Fälle aber, war es uns möglich eine deutliche Induration nachzuweisen, so dass die Behauptung, als wären die knotigen, primären Indurationen an der Vaginalportion äusserst selten, unrichtig ist. Das weitere Schicksal des Infiltrates ist durch das Wesen der syphilitischen Erkrankung selbst bestimmt. Einmal wird der grösste Theil desselben durch den Zerfall eliminirt, und es entsteht ein grösseres und tieferes Geschwür. Das anderemal geht nur ein Theil durch oberflächliche Schichtennekrose verloren, wobei dann der Rest vernarben und allmälig resorbirt werden kann. Dass bei diesen Vorgängen im Infiltrate die entarteten und comprimirten Gefässe, welche nicht genug Ernährungsmaterial zuführen, eine wesentliche Rolle spielen (Wagner, Arch. d. Heilkde. 1863. Bd. 4, pag. 11), ist sehr wahrscheinlich. Wir haben bei der anatomischen Untersuchung des Falles IV, ebenfalls die Gefässe entartet, das Infiltrat selbst stellenweise von Hämorrhagien durchsetzt, sowie den Zerfall an der Oberfläche der Sklerose beginnen gesehen.

Die Beobachtung unserer Fälle lehrte, dass die Sklerose der Vaginalportion sehr selten vollständig zerfällt, und grosse Zerstö-

rungen anrichtet. Vielmehr sahen wir nach einem theilweisen Zerfall und geringer Geschwürsbildung, gutartige Granulationen auftreten, und die Vernarbung von den Rändern her beginnen, so, dass ein Theil des Infiltrates in die Verdichtung der Umgebung des Scheidentheiles einbezogen wurde.

Die ohnehin langsame Vernarbung verzögerten einerseits der Sitz der Sklerose selbst (am Orificium), sowie die vorhandenen Complicationen, z. B. die Gravidität, die Blennorrhöe, die Dislocation des Uterus, wobei öfters die Sklerosen das Aussehen wuchernder, granulirender Geschwüre dargeboten haben. Die anderweitig an den Sklerosen beobachtete Thatsache (Fournier, Zeissl, pag. 55), dass sie schon einmal vernarbt, wieder aufbrechen, kommt gerade an den Sklerosen der Vaginalportion häufig vor. Besondere Aufmerksamkeit verdienen die am Orificium und in der Cervicalhöhle sitzenden Sklerosen, da selbe leicht, wie Kiwisch und Förster angeben, zur Verengerung, ja sogar zur Obliteration durch Narbencontractur führen können. Wir haben deshalb während der Vernarbung wiederholt die Granulationen am Orificium zerstört und das Orificium durch Tupelostifte erweitert (Fall XXII).

Die entzündliche Röthung und Lockerung der Schleimhaut in der Umgebung des Primäraffectes an der Vaginalportion halten den geraden Schritt mit den Veränderungen an der Geschwürsfläche selbst und schwinden allmälig, indem sie mehr weniger Trübung in dem epithelialen Ueberzuge und eine Erweiterung der Schleimdrüsengänge hinterlassen. Mit der Abnahme dieser Erscheinungen nimmt auch die stärkere Secretion von der Vaginalportion und der oberen Scheidenschleimhaut ab.

Unter unseren 24 Fällen haben wir 18mal eine Anschwellung der Vaginalportion constatirt. Darunter waren 11 Kranke, die bereits geboren haben und 7 Nulliparae, welcher Umstand zur Genüge beweist, dass die Anschwellung keiner anderen Ursache zuzuschreiben, sondern direct als Folge der Primärerkrankung zu betrachten ist.

Diese Anschwellung, bei der sich die Vaginalportion weicher anfühlt, nahm auch während der Behandlung ab und ging in einzelnen Fällen in eine wahre Verdichtung mit oder ohne sichtliche Vergrösserung über.

Die Infiltration überragt auch in der Peripherie den Knoten (Birch-Hirschfeld) und wie aus den Präparaten (Fall IV Fig. I) ersichtlich, beschränkt sie sich nicht nur auf die Schleimhaut und das submucöse Gewebe, sondern reicht bis zwischen die Muskelbündel hinauf. Die Angaben über die als Folge des Sitzes des Primäraffectes an der Vaginalportion entstehende Hypertrophie differiren ganz bedeutend, wie aus Folgendem ersichtlich:

Mackenzie unter 80 Fällen von Syphilis des Uterus 31mal (darunter 14 Gebärende) die Hypertrophie, 11mal Induration der Vaginalportion.

Fournier 13 Fälle von Schanker der Vaginalportion, 2mal Hypertrophie, 2mal Induration.

Schwartz 19 Fälle, darunter 5mal Hypertrophie.

Bei der Zuammenstellung der 24 Fälle bezüglich einer wahren Hypertrophie, d. h. einer Verdichtung des Parenchyms nebst Vergrösserung entweder einer Lippe oder des ganzen Collum, fand ich die Hypertrophie 12mal, der einzelnen Lippe 4mal (3 haben geboren), des ganzen Collum 8mal (4 haben geboren).

Die oben erwähnte Anschwellung in 18 Fällen ging fast in der Hälfte (8mal) direct in die Hypertrophie über.

Die Vergrösserung, ob sie nun eine partielle oder totale ist, hat ihre Consequenzen, z. B. den beständigen und langwierigen Zerfall, die Unmöglichkeit zu empfangen, und mehrere andere Umstände.

Die Verdichtung des Gewebes an und für sich macht sich schon in geringeren Graden fühlbar, denn selbst schon da sahen wir nach der Geburt zahlreichere und tiefere Einrisse der Vaginalportion entstehen. Die Hypertrophie und Verdichtung des Collum kann aber so hochgradig werden, dass sie an ein Carcinom erinnert, wie es Kaposi, v. Sigmund und Welponer erwähnen. Simon meint, dass die Syphilis so weit ausarten könne, dass sie zur Carcinombildung führt, wie es auch z. B. an der Zunge beobachtet wird. Eine praktische Wichtigkeit erlangen die höheren Grade der Hypertrophie bei der Geburt, wie es Welponer (in unserem Falle XV), Putegnat und Mewis, die eine Dystokie, zum mindesten aber einen gestörten Geburtsverlauf als directe Folge der Verdichtung des Collum beobachtet haben.

Zu den constantesten begleitenden Symptomen gehört das Vorkommen von Papeln an der Vaginalschleimhaut (7mal) im Vestibulum sammt den Fimbrien (10mal) und an den Labien (18mal), so dass nur zweimal (Fall XXI und XXIV) die Vaginalportion allein im Genitaltractus erkrankt war. Erwähnenswerth ist das constante Vorkommen von Papeln an den Genitalien in den bereits angeführten 7 Fällen, in welchen die Erkrankung blos auf die Genitalsphäre beschränkt war. Sie kamen sowohl sehr frühzeitig, bevor noch am übrigen Organismus irgend ein Symptom sich zeigte (Fall VI) als auch spät, als die einzige begleitende recidivirende Erscheinung vor.

Die Erscheinungen am übrigen Körper boten nichts von dem gewöhnlichen Verlaufe der Syphilis Abweichendes dar, und sind gewöhnlich früher der Behandlung gewichen, bevor noch die ursprüngliche Erkrankung an der Vaginalportion verheilt war.

Schmerz, sowie anderweitige Innervationsstörungen, welche wir in der Uterinalsphäre beobachtet haben, kamen nur selten und zwar in den späteren Stadien der Syphilis vor, so dass sie eher mit der Allgemeinerkrankung als mit dem Localleiden in Zusammenhang zu stehen scheinen. Aehnlich verhielt es sich mit den 11mal vorhanden gewesenen Menstruationsstörungen. Diese waren meistens auf der Höhe der syphilitischen Erkrankung zeitweilig unterdrückt, mangelhaft und sparsam, seltener aber auch reichlich und mit Schmerzen verbunden, und nahmen insgesammt mit der Abnahme der Allgemeinerscheinungen einen regelmässigeren Typus an.

Therapie.

Bei der Behandlung der Fälle haben wir uns die Ueberzeugung verschafft, dass ein Hauptaugenmerk auf die locale Erkrankung zu richten ist. Täglich 3—4malige Irrigationen der Scheide sind während der ganzen Zeit erforderlich.

Zu diesem Behufe bedienten wir uns der siebförmig durchlöcherten Scheidenansätze, die vermöge ihrer leichten Handhabung das Spülwasser in reichlicher Menge in die Scheide und an die Vaginalportion befördern und die Schleimhaut weder stark reizen, noch weniger aber verletzen [1]). Als Spülwasser wurde die 1%ige

[1]) Dieser Umstand bestimmte uns auf die Anwendung der ausserdem noch schwer zu handhabenden verschiedenartigen Badespecula zu verzichten.

Chlorkalilösung und die $^1/_2$—1%ige Carbollösung benützt. Zum Verband benützten wir Tampons aus Bruns'scher Watte, getränkt in Jodkalijodverband (vide Receptformular der Klinik v. Sigmund), schwache Eisenchloridlösungen (1 : 200), Jodoformlösung (1 : 6 Aether und 6 Ol. olivar.) oder Jodoformsalbe (1 : 4 Ung. emoll.).

Ausserdem haben wir bei starker Infiltration täglich die ganze Vaginalportion mit Jodtinctur bepinselt, oder auch die derben Infiltrate allein mit Sublimat (1 : 10) betupft und trockene Scheidentampons eingelegt. Stärkere Cauterisationen fanden wir niemals indicirt. Haben sich wuchernde Granulationen an den Geschwüren gebildet, die namentlich das Orificium verlegten, so würden diese mit Nitras argenti in Substanz zerstört. Bei stark schrumpfendem Orificium bedienten wir uns zur Dilatation der Laminaria und der Tupelostifte. Die zerfallenden Papeln an den Genitalien und um den Anus haben wir nach der gebräuchlichen Methode mit desinficirenden und resorbirenden Mitteln, Carbol, Jodoform, Sublimat, grauem Pflaster behandelt.

Zur Allgemeinbehandlung wählten wir sowohl die Darreichung von Jodkali, als auch die Vornahme von Einreibungen und subcutanen Sublimatinjectionen und möchten nur noch hinzufügen, dass wenn auch der längere Gebrauch von Jodkali günstig auf die Schrumpfung der Vaginalportion in circa 6 Fällen gewirkt hat, wir uns trotzdem mehrere Male veranlasst gefunden haben, nach vergeblichen Versuchen mit Jod zu Einreibungen zu greifen, und dass da die Anzahl zwischen 20—30 gut gemachten methodischen Einreibungen erforderlich war. Die mittlere Behandlungsdauer betrug circa 80 Tage, die kürzeste darunter 37, die längste 156 Tage.

Bemerkungen zur Heilbarkeit der Syphilis.

Von

Dr. Schuster

in Aachen.

In dem 2. und 3. Hefte des Jahrg. 1880 d. Vrtljhrschr. bespricht Herr Krowczyński den Werth der in der neuesten Zeit immer mehr Anhänger gewinnenden exspectativen Heilmethode der Syphilis; er zeigt durch einige genaue Krankengeschichten, dass sich entgegen der Annahme vieler Syphilidologen aus dem Charakter der Initial- und Secundär-Erscheinungen die Prognose auch für die nächste Zeit nicht sicher stellen lasse und gibt in belehrender Weise die Indicationen für die exspectative sowie die specifische Behandlung an. Während unter Diday's Vorgange von vielen der besten Syphilidologen hervorgehoben wird, dass die mit leichten Initial- und Secundär-Affectionen einhergehenden Infectionen, einer geregelten Hygiene, Diätetik und geeigneter Localbehandlung überlassen, ihre Fähigkeit, neue Erscheinungen zu setzen, allmälig verlieren und so der Kranke in den Genesungszustand trete, wird von Einzelnen auch für weniger leichte Secundäraffectionen unter derselben Behandlungsweise ein solcher Verlauf, wenn auch erst nach längerer Zeit prognosticirt, die ernsteren Späterkrankungen möglichst ausgeschlossen. Daneben wird aber auch hervorgehoben, dass die Behandlung mit Mercur und besonders dessen frühe Anwendung den Ausbruch ernster syphilitischer Späterkrankungen befördere, während demgegenüber wieder Viele dem Mercur seine Ueberlegenheit gegen ernste Spätformen belassen wollen.

Es wäre ja nun etwas Prächtiges, wenn eine exspectative Behandlungsweise den Ablauf der Syphilis ohne Schädigung des Organismus, d. h. einen syphilisfreien spätere Nachkrankheiten

ausschliessenden Gesundheitszustand erzielen würde. Das letztere sollen aber bis jetzt ihre Anhänger noch nachweisen, die Annahme, dass bei solchen Fällen Späterkrankungen zu den grossen Seltenheiten gehören, scheint sich nicht herausstellen zu wollen.

Von allen Behandlungen zur Verhütung der Syphilis scheint die von Auspitz wieder aufgenommene Excision der Initialsklerose die bedeutungsvollste zu werden; sie sucht den Ausgangsherd der Syphilis mit Einem Schnitte zu entfernen, und man darf erwarten, dass in gar manchen Fällen durch sie die Syphilis in der That nicht zur Entwicklung kommen wird. Wie sehr man der Methode einen radicalen Fortschritt in der Behandlung und Verhütung der Syphilis zugestehen muss, so wird doch für sie nur dann der Erfolg eines definitiven Schutzes vor Spätererkrankung geltend gemacht werden können, wenn eine jahrelange Beobachtung der entsprechenden günstigen Fälle solches constatirt hat.

Ich werde nachher in einer Reihe von Fällen mit leichten Initialerscheinungen darthun, dass der Endwerth mit Bezug auf Heilung weder der nicht specifischen, noch der leichten specifischen Behandlungsmethode zukommt.

Gewiss! es muss eingeräumt werden, dass auch die heute übliche specifische Behandlungsweise nur zu einer zeitweisen Heilung führt, indem sie vor frühen oder späteren Recidiven nicht sichert. Aber ist nun damit ihre Verwerflichkeit, speciell die des Mercurs ausgesprochen? Nein! es folgt dann zunächst, dass, da die bis jetzt gebräuchlichen specifischen Methoden ebensowenig wie die exspectative Methode sichere Heilung zu erzielen im Stande sind, wir uns fragen müssen, ob wir nicht die gegen die syphilitische Diathese, gegen syphilitische Spätformen bewährte specifische Behandlung in Bezug auf die Zeit, Dauer und Art ihrer Anwendung wirksamer machen können?

Die Mercurialisten suchen theils in der Art und Weise, theils in der Dauer der Einverleibung des Mercurs in den Organismus das Wesentliche zur Erzielung der Heilung. Bei den Einen ist der innerliche Gebrauch des Mercurs ausreichend — und ich erwähne hierbei, dass die von Dzondi in seinem Buche über Heilung der Syphilis bereits im J. 1826 geschilderte Methode des Sublimatgebrauches in der neuesten Zeit wieder von Fournier bei schweren Syphilisformen empfohlen wird — bei den anderen ist

es die Inunctionscur, bei dritten die Injectionscur, die Calomel-Räucherungscur, oder mehrere dieser Methoden combinirt angewandt — in grösseren oder kleineren Dosen, mit reichlicher oder karger Ernährung des Kranken, mit regelmässiger oder seltener Anwendung von Bädern etc.

Manche sehen in der ein oder gar mehrere Jahre fortgesetzten Anwendung des Mercurs den einzigen Weg der Ausrottung des syphilitischen Virus. Es gelingt ja nun auch meist unter gleichzeitiger Berücksichtigung der kranken Individualität und einer den Localaffectionen angepassten Localbehandlung den Kranken von den einzelnen Formen der Syphilis zu heilen, und wir vertrösten ihn damit, dass je länger er nun von neuen Symptomen frei bleibt, er um so sicherer seiner Heilung sei; — die Erzeugung gesunder Kinder ist kein Beweis der erloschenen Lues, sondern nur ein Beweis, dass zur Zeit der Befruchtung die Samenorgane gesunde Absonderungen lieferten, wobei Syphilis in anderen Körpertheilen vorhanden sein kann. Ich behandle einen seit zwei Jahren inficirten sehr intelligenten Herrn, der bis jetzt alle sechs Monate ein Papel-Recidiv der Vola manus darbietet und doch in dieser Zeit ein durchaus kräftiges bis jetzt gesund gebliebenes Kind gezeugt hat. Seitdem ich gesehen habe, dass ein von mir erfolgreich an syphilitischer Epilepsie Behandelter das Jahr darauf von acutem sehr gefährlichem Gesichtserysipel befallen wurde und dennoch das folgende Jahr eine Menge ulcerirender Hautgummata darbot, glaube ich auch nicht an die Heilung der Syphilis durch Erysipelas.

Aber auch jahrelange Intervalle von Gesundheit sind keine Bestätigungen der Heilung; nach 10, 20 Jahren und später können sich wieder syphilitische Krankheitserscheinungen zeigen als Beweis, dass gegen Erwarten Keime der Krankheit jahrelang bei scheinbarer oder wirklicher Gesundheit unbemerkt, unerkannt irgendwo im Organismus geruht haben, um durch irgend welche Veranlassung der Ausgang für solche ernstester Art zu werden.

Man nahm eine Zeitlang an, diese Keime hätten in früher miterkrankten Drüsen gewissermassen abgekapselt gesessen und seien von dort allmälig wieder in die Säftemasse zu weiterer Entwickelung gelangt. Wenn man aber berücksichtigt, dass gar häufig bei diesen Späterkrankungen gerade Eine Gegend, Ein Organ fast

ausschliesslich, u. z. trotzdem es zur Gesundheit übergeführt schien, in wiederholter Weise befallen wird, so müssen wir annehmen, dass das diesem Organe, dieser Gegend zukömmliche Gewebe respect. dessen Zellen den Syphiliskeim verborgen halten kann, der sich dann, wenn er zu neuer Entwickelung gelangt, an Ort und Stelle und weiter in die Nachbarschaft ausbreitet; dass von solchen Lokalerkrankungen dann wieder eine constitutionelle Infection ausgehen kann, muss ja zugestanden werden. Ich denke hier unter anderen Fällen an einen von mir 1877 und 1878 in meinen Beiträgen zur Pathologie u. Therapie der Nasensyphilis (s. d. Archiv) beschriebenen Fall (Cla), wo innerhalb dreier Jahre, — auch das letzte nicht beschriebene Recidiv hat die Gestalt der äusseren Nase nicht beeinträchtigt — trotzdem bei 5 und 6 monatlicher Beobachtung das erkrankte Innere der Nase geheilt zu sein schien, auch ein drittes Mal plötzlich wieder Erkrankung der Nasenhöhle, diesmal der linken Seite mit breiter Bloslegung von Oberkieferknochentheilen auftrat als Beweis, dass einzelne durch die früheren Behandlungen scheinbar normal gewordenen Stellen den Syphiliskeim beherbergt haben mussten.

Wir suchen nun diese Hartnäckigkeit des Fortbestandes der Lues dadurch zu erklären, dass wir ihr Wesen in einem Mikroparasiten, oder nach Pasteur'scher vorsichtiger Bezeichnung in einer Mikrobe suchen, die ähnlich wie die Milzbrandbacterie die Gewebe oder besser noch wie der von A. G. Hansen entdeckte Leprabacillus die Zellen erfüllt; würden wir für letzteren, ähnlich wie dies Koch für den Milzbrandbacillus bei Culturversuchen vermochte, Sporenbildung erzielen, so wäre bei diesem den specifischen Mitteln mehr widerstandsfähigen Sporenstadium die Schwierigkeit, dasselbe bei Vornahme der gegen die ausgebildeten Syphilismikroben resp. ihre Folgeerscheinungen so erfolgreichen specifischen Curen ebenfalls zu vernichten, d. h. den Organismus von ihnen gänzlich zu befreien, erklärt.

Bei der Annahme von Syphilismikroben wäre nun allerdings auch zur Erklärung der Fortexistenz des Syphiliskeimes bei scheinbarer voller Gesundheit die Möglichkeit einer Abkapselung zulässig, ähnlich wie wir dies bei den Trichinen sehen. Kämen dann diese Sporen oder abgekapselten Individuen überhaupt nicht zu neuer Entwicklung, zu neuem Leben, so wäre man das ganze Leben

hindurch gesund, trotzdem man Träger von Syphiliskeimen wäre; für solchen Fall wäre in der That mit der Beseitigung der Krankheitssymptome der Kranke wieder hergestellt.

Den Anstoss zur Entwicklung unerwarteter Syphilisformen auch in späteren Zeiten der Syphilislatenz geben nun zuweilen stärkere Traumen, wie Stoss und Schlag; Tarnowsky hat in seiner bedeutungsvollen Abhandlung „Reizung und Syphilis“ (s. d. Archiv 1877) experimentell nachgewiesen, dass stärkere Irritamente ganz besonders im condylomatösen Stadium neue Syphiliserscheinungen hervorrufen; auch leichtere aber beständig einwirkende mechanische Reize vermögen dies nicht selten in demselben Stadium; auch schreiben wir manchen Badecuren (ob mit Recht oder Unrecht?) eine provocirende Wirkung zu. Ich kann hier nicht unterlassen zu wiederholen, dass eine neue Infection mir auch oft die längst schlummernde Syphilis zur Bildung von ernsten ulcerösen Formen wach zu rufen schien.

Wenn wir uns fragen, wo der Sitz dieser zurückbleibenden Syphiliskeime ist, so müssen wir annehmen, dass er da zu finden sei, wo früher die Krankheitssymptome sich befanden. Und wenn wir nun bei den unerwarteten Späterkrankungen oft gerade innere Organe befallen sehen, so darf uns das nicht wundern, weil in dem secundären Stadium auch die tieferen Organe gerne Krankheitszeichen specifischer und einfacher Entzündung (s. Virchow XV. Band seines Arch.) darbieten, deren örtliche Behandlung ja mehr weniger eng begrenzt und beschränkt ist gegenüber den äusseren einer örtlichen möglichst erlöschenden Behandlung leicht zugänglichen Affectionen, und in einem der letzten Hefte dieses Archivs (s. 2. und 3. Heft 1880) hat Jarisch dargethan, dass in einem Falle von erworbener Syphilis in dem exanthematischen Stadium auch das Rückenmark in seiner grauen Axe erkrankt gefunden wurde. —

Wenn auch die Mikrobentheorie vom Wesen der Syphilis bis jetzt nicht zweifellos bewiesen ist und nur aus der Analogie mit ähnlichen Infectionskrankheiten vermuthet werden kann, so sind wir denn doch auch aus dem Grunde sie zu beachten berechtigt, weil sie die bei unserer Therapie der Syphilis erzielten Erfahrungen erklärt; so z. B. warum wir bei scheinbar leichten Initial- und Secundärformen sogar nicht selten spätere ernste Erkrankungen

auftreten sehen, und zwar bei Syphilisformen, die anscheinend von selbst ohne specifische oder doch nur nach einer kurzen specifischen Behandlungsweise geheilt schienen; und läugnen wir es nicht, wenn auch seltener, selbst dort, wo wiederholte längere specifische Curen die Syphiliserscheinungen beseitigt hatten.

In allen diesen Fällen galt das Aufhören resp. Beseitigen der Syphiliserscheinungen als Heilung, wenn ein oder zwei Jahre nachher kein neues Krankheitssymptom erschien. Und das ist die schwache Seite in der Annahme der Heilung.

In Folgendem gebe ich eine kleine Reihe aus vielen Fällen, wo bei scheinbarer Selbstheilung oder durch unbedeutende specifische Curen erzielter Heilung dennoch nach Jahren schwere locale oder allgemeine Symptome auftraten. Dieselben sind fast alle in den letzten zwei Jahren von mir behandelt worden.

1. Herr R..e, 32 J. alt, verheiratet; es leben 2 Kinder, eines von 16, das andere von 6 Monaten; das erste vor 4 Jahren geborene starb 10 Monate alt. — Patient inficirt 1871; nur örtliche Behandlung des Ulcus. 1874 Gelenkschwellungen (Ellbogen, Knie, Finger). Hydrotherapie; Verschlimmerung und Beginn von Ozaena. Jetzt 100 Frictionen, worauf die Gelenkschmerzen schwanden.

1879 Status praes. Ulcus des in seinem Knorpeltheile zerstörten Septum nar. Ulcus des Nasengrundes, der mit festen Borken belegt ist, nach deren Entfernung Caries proc. palati max. Grosses Ulcus des Pharynx sowie des linken falschen Stimmbandes; die vordere Schleimhautpartie des Larynx ulcerirt und bildet verschiedene Hervorragungen.

2. Herr Bst. 28 J. alt, hatte 1871 die erste Blennorrhoea urethralis; erinnert sich keiner syphilitischen Infection. 1877 heftige Cephalaea; Franzensbad ohne Erfolg. Unter erneuten Kopfschmerzen tritt 1878—79 eine wallnussgrosse Schwellung auf dem Scheitel des Kopfes auf nebst Schwindelanfällen. Besserung auf Jodkali.

1879 Stat. praes. Circumscripte Periostitis cranii; Ptosis oculi sinistr., sowie Dilatation der l. Pupille. Cephalaea; Müdigkeit und Schwäche in beiden Armen; Schmerzen im r. Arme.

3. Herr Ih. 31 J. alt, 1865 inf.; kleines Ulcus heilt innerhalb 8 Tagen ohne Folgen. 1877 Ulcus durum; Roseola; Jodkali, Schwefelbäder; kein Mercur. 24. August 1879 Nachmittags 4 Stunden nach

dem Essen plötzlich eklamptischer Anfall mit halbstündiger Bewusstlosigkeit.

2. September 1879 Stat. praes. Rothe Flecke auf dem weichen Gaumen; Akne capitis; Orchitis dextra. Kniereflexe erhöht. Insomnia.

4. Herr Ml. 37 J. alt, seit 10 Jahren verheiratet; das älteste Kind starb 4 Tage nach ritueller Circumcision an Trismus; 3 Knaben und 1 Mädchen leben. — Patient inficirt 1864; das Ulcus heilte in einigen Tagen. 1874 rothe Flecke am Körper, die auf Sublimatpillen schwinden. 1876 rechtsseitige Ischias. Massage erfolglos. 1879 Nakkenschmerzen, Schwellung des linken Supraorbitalrandes.

Stat. praes. Periostitis des l. Stirn- und Scheitelbeines; oberhalb des l. Auges eine 1 Zoll tief gehende Fistel. Dilatation der l. Pupille. Subcutanes Gumma des l. Gesässes und l. Unterschenkels. Neuralgie der l. Ober- und Unterextremität. Insomnia.

5. Herr Hkr. 35 J. alt, verheiratet; gesundes Kind; inficirt 1865, das Jahr darauf ohne specifische Behandlung geheilt. 1875 Schlag auf den Kopf. 1876 neben längere Zeit bestehendem Kopfweh tritt Gedächtnissschwäche, Insomnia, Verdriesslichkeit, Schwäche des rechten Fusses ein. Heilung durch Jodkali. 1877 neben erneutem Kopfschmerz epileptischer Anfall, nebst den früheren Klagen; zeitweise Hallucinationen. Abmagerung.

1877 Stat. praes. Leichter Strabism. converg. oc. dextr. und Ptosis oculi dextr.; zeitweise Doppelbilder. Auffällige Gedächtnissabnahme; stilles apathisches Wesen des früher geistesfrischen Mannes, Schlafsucht, Abgeschlagenheit. Heilung durch Mercur.

6. Herr Ga. 29 J. alt, inficirt 1876. Jodkalibehandlung während dreier Jahre nebst Wasserbehandlung. 1879 Stat. praes. An der hinteren Fläche des r. Oberschenkels grosse Flächengummata. In der Magengegend grosse Knötchengruppen.

7. Herr Mt. 30 J. alt; inficirt 1872. Locale Behandlung und 5 Einreibungen. 1875 Exanthem, $1^1/_2$monatliche Sublimatbehandlung; 1879 während des Essens nach starkem Bier- und Weingenuss unter Rechtsdrehung ein Krampfanfall mit Verlust des Bewusstseins.

1880 Stat. praes. Knötchenausschlag über den Körper; Reifengefühl um den Kopf; Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit. Schwanken bei geschlossenen Augen.

8. Herr Rs. 56 J. alt, inficirt 1847, 24 Jahre alt, gebrauchte Decoct. Zittm. und Jodkali; war innerhalb eines Jahres gesund und

heiratete bald darauf. 4 Kinder. 1875 erhielt Pat. einen Schlag des Wagenholzes auf die Nase, worauf die linke Gesichtshälfte anschwoll und ein Stück Knochen aus der Nase kam. Später fiel beim Liegen noch ein Knochenfragment in den Hals. Seitdem machte Patient, ein grosser, kräftiger Herr, durch Wassereinschnaufen die Nase frei. Seit April 1879 stinkender Ausfluss aus der Nase, im Juli plötzlich enorme Schwellung der rechten Gesichtshälfte.

31. Juli 1879 Stat. praes. Linke Nasenseite und Gesichtshälfte stark geschwollen, Periostitis des l. Stirnbeines, des l. Oberkiefers. Heftige Cephalaea. In der Nase Verlust des Septums, der unteren Muscheln; man stösst mit der Sonde durch weiche Granulationsmassen auf Knochen und Knochentrümmer, selbst bis auf eine Tiefe von 10 Centimeter.

9. Herr Bjm. 37 J. alt, seit 11 Jahren verheiratet; 4 lebende Kinder, eines todt; inficirt 1866, 12 Inunctionen, geheilt. 1867 Schwefelbäder, wonach keine Erscheinungen kamen; heiratet 1869. Im J. 1877 trat Schwindel ein; Pat. stürzte zusammen, blieb bei Bewusstsein; einige Stunden später rechtsseitige Hemiplegie; auf Jodkali Besserung. Baden bei Wien 22 Inunctionen und Bäder; Schwindel blieb.

Stat. praes. 1880. Hartnäckige Constipation, hiemit zunehmender Schwindel, Taubheit und Eingeschlafensein der rechten Ober- und Unterextremität. Beständiges Druckgefühl auf der Mitte des Schädels. Pat. geht wie ein Betrunkener.

10. Herr Kr. 56 J. alt, seit 14 Jahren verheiratet; Kind von 13 Jahren. Inficirt 1860. Im J. 1868 plötzliches Kopfweh mit zunehmender Heftigkeit und Steifheit des Nackens, bald darauf linksseitige Hemiplegie mit Anästhesie. Inunctionen und Jodkali. Wohlbefinden bis 1878. Allmälig sich einstellende Hemiplegie der rechten Seite. Marienbad ohne Nutzen.

Stat. praes. 1880. Bedeutende Coordinationsstörung, der 7. Halswirbel auf Druck schmerzhaft. Parese der r. Seite. Keine Erectionen.

11. Herr Gek. inficirt 1873. Leichte Behandlung bringt Heilung. Heiratet 1874 auf Erlaubniss seines Arztes. Im Herbst 1874 Abortus; 1876 scheinbar gesundes Kind, dessen Hinterkopf stark entwickelt war und das 2 Jahre alt rechtsseitige Hemiplegie bekam. 1877 Schwefelbäder (Aachen) als Provocationscur; negatives Resultat. Seit 1878/79 fühlt Pat. oft Einschlafen der Finger, Arme und besonders der linken

Unterextremität. Sommer 1879 linksseitige Hemiplegie, nach 2 Tagen Gehen am Stocke. Ende October Parese der rechten Körperhälfte.

Anf. 1880 Stat. praes. Rechtsseitige Facialisparese, Schwäche der rechten Körperhälfte, Zunge schwer, zeitweise heftiger Schmerz in der linken Supraorbitalgegend. Quere Einsenkungen an den Fingernägeln.

12. Herr Lü. 38 J. alt, verheiratet; 1 Kind todt. Inficirt 1872, 3wöchentliche Cur, dann gesund bis 1876. Leberkrank, Gelbsucht, Karlsbad; hier entstand Cephalaea mit epileptischem Anfall auf der Strasse, dann 11tägige Bewusstlosigkeit.

1879 Stat. praes. Periostitis oss. frontis, cubiti sin. et tibiae dextr. Milz 12 Ctm. lang, Leber vergrössert, auf Druck schmerzhaft. Erdgelbe Farbe. Kein Albumen.

13. Herr Kstn. 38 J. alt, seit 6 Jahren verheiratet, 3 lebende Kinder. Inficirt 1864, in einem halben Jahre geheilt bis 1879. Plötzlich während des Schreibens Krampf in der rechten Ober- und Unterextremität mit Athemnoth. 6 Wochen später Verziehen der rechten Seite nebst Aphasie. Im August schwerer epileptischer Anfall mit Besinnungslosigkeit. Heftige Cephalea. Calomelcur.

1880 Stat. praes. Periostitis des rechten Scheitelbeines. Constipation. Schreckhaftigkeit. Cephaleae; rechte Papilla n. opt. hyperämirt.

14. Herr Kl. 46 J. alt, seit 18 J. verheiratet; ein Kind starb an Scarlatina; eine Tochter von 17 Jahren ist gesund. Inficirt 1856. Pillencur, dann gesund. Wegen Magenkatarrhs und Hämorrhoiden seit 1870 jährlich Karlsbad. Seit 1876 Coryza.

1880 Stat. praes. Taubeneigrosse Schwellung und Eiterung am harten Gaumen; in eine Fistelöffnung eingehend fühlt man cariösen Knochen; im linken unteren Nasengang fühlt man ebenfalls freien Knochen. Periostitis ossis sterni.

15. Herr Kz. 39 J. alt, seit 5 Jahren verheiratet; ein Kind von 3 Jahren; Frau jetzt im 5. Schwangerschaftsmonat. Inficirt 1869. Injectionscur, Heilung.

1880 Stat. praes. Dilatation und Unbeweglichkeit der rechten Pupille; Druckgefühl auf den Kopf, verdriessliche Stimmung, Unfähigkeit zu arbeiten, Schlafsucht, Constipation. Auffällige Abnahme der Erectionen. Beiderseitiger Temporo-Frontalschmerz. Papeln an den Lippen.

16. Herr Ptz. 62 J. alt, zweimal verheiratet; 18 Kinder, wovon 9 leben; eine Tochter hat 5 Kinder. Inficirt 1842, geheilt innerhalb 3 Monaten, heiratet 1844, gesund bis 1856, Anschwellung der Halsdrüsen und Lähmung beider Arme. Elektricität heilte. 1872 Heiserkeit, Ozaena. Fuss- und Kniegelenksentzündung. Jodkali.

1880 Stat. praes. Periostitis proc. mandib. inf. dextr., grosse Schwellung daselbst. Linksseitige Inguinaldrüse tumorartig vergrössert. Geschwulstartige Auftreibung des l. Fussgelenkes, an dessen innerer Seite eine tiefgehende Fistel, die nicht auf Knochen führt; an der äusseren Seite Fluctuationsgefühl. Grosse Perforation des knorpeligen Septi nar. Hyperämie und Verdickung beider Stimmbänder.

17. Herr Schb. 34 J. alt, inficirt 1867, nach 10monatlicher Kur geheilt; gesund bis 1875, da begann Reissen in der linken Seite und den Waden. Vor einem halben Jahre Doppeltsehen, Anfälle von herumfliegenden stechenden Schmerzen.

1880 Stat. praes. Bedeutende Coordinationsstörung; Kniereflexe aufgehoben. Bei geschlossenen Augen bedeutendes Schwanken nach vorn; linker Oberschenkel abgemagert. Keine Erection; in Gegenwart von Frauen Spermatorrhoe. Rechte Pupille dilatirt, linksseitige Sehnerven-Atrophie.

Es könnte nun ja der eine oder andere Fall wegen Mangels bestimmter äusserlicher specifischer Erscheinungen als nicht zur Syphilis gehörig angesehen werden. Aber wie sehr man sich hüten soll, jeden auffälligen Krankheitsfall in syphilitischer Beleuchtung zu sehen, so geht man gewiss auch darin zu weit, dass man die specifische Natur eines Leidens dann abweisen will, wenn keine begleitenden äusserlichen specifischen Nachweise da sind.

Ich könnte die Zahl ähnlicher Fälle noch bedeutend vermehren, dieselben genügen aber wohl, um darzuthun, dass es mit der definitiven Heilung der Syphilis ohne Specifica oder mit milden specifischen Curen nicht so weit her ist. In der Arbeit von A. Ljunggren über Visceralsyphilis (s. d. Archiv 1870) finden sich auch entsprechende Fälle, wo vor dem Ausbruche der schweren inneren Erkrankung keine Specifica angewendet waren, und jeder Kliniker wird solche Fälle anführen können. Fournier führt solcher Fälle viele in seinen Schriften an. Wenn wir demnach Syphilisformen von selbst, resp. nach exspectativer Methode schwin-

den sehen, so hat dies doch wohl nicht mehr Werth, als wenn hartnäckigere Formen nach einer leichteren oder länger durchgeführten specifischen Cur schwinden, vorausgesetzt, dass letztere den Organismus nicht schädigten, was ja heutzutage verlangt werden muss und nicht schwer zu erreichen ist.

Bei allen diesen Formen der Krankheit sind wir mit deren gründlicher Beseitigung bis zu dem Punkte angelangt, wo wir den gemachten Erfahrungen gemäss noch das Vorhandensein von Syphiliskeimen als sehr wahrscheinlich erachten müssen, wenn auch unsere heutige Untersuchung sie nicht nachzuweisen vermag. Hieraus folgt, dass wir mit der Heilung der Symptome unsere Behandlung nicht als abgeschlossen erachten dürfen, wie wir dies bis jetzt zu thun gewohnt sind, sei sie nun eine exspectative oder specifische gewesen. Das spätere, unerwartete Auftreten neuer Symptome beweist uns demnach nicht, dass unsere verschiedenen Heilmethoden nichts taugen, sondern dass wir ein Uebriges zu thun, nämlich gegen die Residuen der Syphilis resp. gegen ihre Keime vorzugehen unterlassen haben.

Aber sind wir hier nicht an die Grenzen des Erreichbaren angelangt? Können wir, wenn wir das Möglichste mit unserer Behandlung, die Befreiung des Kranken von seinen Syphiliserscheinungen, erreicht haben, demselben noch eine grössere Sicherheit vor später Rückkehr der Syphilis verschaffen?

Hat sich eine zwei und mehr Jahre durchgeführte mercurielle Behandlung als ausreichend zur Erzielung voller Heilung erwiesen? Haben die Provocationscuren in Form von Badecuren, speciell von Schwefelbädern, wenn ihnen auch für einzelne Entwickelungsstadien ein provocatorischer Werth nicht abzusprechen ist, den sichern Beweis geliefert, dass, wenn nach denselben keine Syphiliserscheinungen kamen, auch keine Syphilisreste mehr vorhanden sind, keine Erscheinungen mehr kommen? Beide Fragen müssen verneint werden.

Immerhin ist man zu der Fragestellung berechtigt, „was wäre in den angeführten und ähnlichen Fällen geschehen, wenn man in dem Stadium der erzielten Latenz und zwar nach der Zeit, von der man erfahrungsgemäss weiss, dass die zurückgedrängten resp. gebliebenen Syphilisreste gerne recidiviren, eine erneute specifische Cur vorgenommen hätte, würden dann wohl auch die späten ernsten

Erkrankungen vorgekommen sein?“ Vielleicht; vielleicht aber auch hätten wir dem Patienten hiermit eine grössere Sicherheit gegen solche Späterkrankungen gegeben, als wir sie ihm bis jetzt zu geben gewohnt sind. Wird letzteres zugestanden, so ist dadurch auch das Zugeständniss der besondern specifischen Cur gegen die latenten Residuen gegeben. Dass eine solche wirksam sein könne, beweisen die Fälle, wo der scheinbar gesunde früher inficirte Mann syphilitische Kinder zeugt und nun nach einer ausgiebigen Mercurialcur befähigt wird, gesunde Kinder zu zeugen (s. Kassowitz, Vererbung der Syphilis). Allerdings mag auch das eine und andere Mal diese Befähigung eine temporäre sein, und ich räume ein, dass mit jenem Zugeständniss Einer specifischen Cur im latenten Stadium deren mehrere verlangt werden können.

Eine solche Cur würde sich wirksamer gestalten lassen, wenn sie mit Mitteln verbunden würde, welche ohne zu schaden im Stande sein sollen, die Syphilisreste zu neuer Entwickelung anzuregen. Letztere Wirkung wurde eine Zeit lang besonders den Schwefelbädern zugeschrieben. Ich habe selbst (s. meine Bemerkungen zur Behandlung und Heilung der Syphilis. Berlin 1874) eine Reihe von Fällen veröffentlicht, welche für eine solche Wirkung wenigstens im condylomatösen Stadium sprechen. Dennoch kann letztere nur in der beschränkten Weise zugestanden werden, dass in diesem Stadium ja in gewissermassen gesetzmässiger Weise Recidive sich wiederholen, die gewiss durch Badecuren im Allgemeinen in ihrer Ausbildung als Hautaffectionen gefördert werden mögen. In den oben angeführten Fällen sind zwei angegeben (Fall 9 und 11), wo trotz des negativen Resultates solcher Badecuren lange Zeit nachher Späterkrankungen auftraten; ich habe dies bereits in der citirten Arbeit hervorgehoben und seitdem wiederholt Aehnliches erfahren.

Ich glaubte eine Zeit lang, seitdem (1877) für die Aachener Dampfbäder ein beträchtlicher Gehalt an CO_2 und SH durch die Untersuchungen des Hrn. Dr. Wings nachgewiesen ist, dass diese differenten Dampfbäder eine Einwirkung besonderer Art enthalten müssten. Das thun sie auch; ein junges, munteres Kaninchen, welches auch mit dem Kopfe in den Dampfkasten gesetzt wurde, zeigte bereits nach 8 Minuten erhöhte Mastdarmtemperatur und ausserordentlich beschleunigte Herzthätigkeit; es war 15 Minuten im

Dampfkasten und ging nach 6 Stunden zu Grunde. Nun ragt zwar beim Gebrauche des Dampfbades der Kopf des Kranken frei in die Luft; aber ich habe wiederholt in unseren Dampfbädern (vgl. auch meine Arbeit über das Verhalten der Körpertemperatur in Schwefelbädern. Virchow's Archiv 1868) Erscheinungen von enormer Pulsbeschleunigung bis zu Schokerscheinungen gesehen, dass ich namentlich in Verbindung mit den den Herzmuskel nicht tonisirenden Mercurialcuren von den SHhaltigen Dampfbädern in ihrer jetzigen Beschaffenheit und Anwendungsweise mehr fürchte, als Nutzen erwarte. Wenn ich hervorhebe, dass kräftige Mercurialcuren mit alkalischen Schwefelbädern sehr gut ertragen werden, so halte ich es für selbstverständlich, dass die von mir wiederholt betonte Voraussetzung zutreffe, wonach der Arzt die verschiedenen Heilmittel und Behandlungsweisen der Individualität des Kranken und seinem Falle entsprechend anpasse, und das Krankheitsgebiet seiner Clienten den heutigen Anforderungen entsprechend möglichst beherrsche. In diesem Sinne werden also specifische Curen combinirt mit Badecuren gegen die Syphilisresiduen gewiss zu empfehlen sein und fällt das Schablonenhafte weg, das nur zu häufig specifische und Badecuren um ihren Werth gebracht hat.

Mit der Annahme einer specifischen Cur zum Schutze vor Späterkrankungen in einem geeigneten Zeitraume nach gründlicher Beseitigung der letzten Syphilis-Symptome nähere ich mich den Anschauungen Fournier's, der zu demselben Zwecke seine consecutive Methode empfiehlt, die er übrigens auch nicht als unfehlbar dahinstellt. Wenn man bei einiger umsichtiger Anwendung das Unschädliche solcher specifischen Curen hervorheben muss, so verkenne ich durchaus nicht das Unsichere in ihrer Wirkung gegen die supponirten Syphilisreste. Ich betrachte demnach die Frage: „Was haben wir nach erzielter Heilung der Syphilis-Symptome zu thun (sei dieselbe nun nach exspectativer oder specifischer Behandlungsmethode erzielt), um den Kranken vor ernster Späterkrankung zu sichern?“ — als eine offene, aber auch als eine nothwendige, zu deren Beantwortung wir hoffentlich in nicht aussichtsloser, sondern nutzbringender Weise mit der Zeit gelangen werden.

Ueber die Excision der Initialsklerosen.

Von

Dr. J. Krówczyński

in Lemberg.

Wenn man die Therapie der Gegenwart mit jener der letzten Jahrhunderte, ja sogar der letzten Jahrzehnte vergleicht, so bemerkt man gleich im ersten Augenblick, dass jetzt nur in aussergewöhnlichen Fällen zur Abortivbehandlung Zuflucht genommen wird, während dieselbe früher auch bei den berühmtesten Aerzten sehr häufig in Gebrauch gewesen war. Die Meinung, dass ein Aufhalten einer gewissen Krankheit im Bereiche der Möglichkeiten liege, verbreitete sich mit dem Laufe der Zeit so sehr, dass das Publicum nicht allzu selten das Coupiren einer Pneumonie, einer Meningitis oder eines Typhus verlangt — indem es den Skeptiker auf derart bekannte, früher oft beobachtete Fälle hinweist. Der Fortschritt der Pathologie lässt uns allerdings an der Möglichkeit eines solchen Coupirens vieler Krankheiten zweifeln — und doch belehrt uns und beweist es dieselbe Pathologie, dass in Ausnahmsfällen eine Abortivbehandlung dennoch möglich sei. Dass dem so ist, beweisen doch die Fälle, wo den Folgen des Bisses eines wuthkranken Thieres, einer giftigen Schlange — oder endlich eines venerischen Geschwüres durch alsogleiche Vernichtung des Krankheitsgiftes und der von demselben schon durchtränkten Nachbargewebe Einhalt gethan wurde. Das günstige Resultat des abortiven Heilverfahrens in jenen Ausnahmsfällen berechtigt wohl zu der in neuester Zeit wieder aufgenommenen Frage über die abortive Behandlungsmethode der Syphilis. Und es wäre wahrlich diese Methode eine nicht genug zu schätzende

Wohlthat, wenn dabei selbst durch grosse und bedeutende Schmerzen und Ungelegenheiten eines Augenblickes ein günstiges Resultat zu erzielen wäre.

Um aber zu gewissen positiven Schlüssen in Betreff dieser Frage gelangen zu können, müssen wir nun darauf Bedacht nehmen, was bis nun in dieser Hinsicht geleistet und erstrebt wurde.

Es liegt uns keineswegs daran das Prioritätsrecht der abortiven Behandlungsmethode diesem oder jenem Autor zuzuschreiben, und soweit es mir bekannt ist, war ein noch in der ersten Hälfte des XVI. Jahrhunderts lebender Arzt Namens de Vigo der erste, der diesen Gedanken aufrecht hielt und nach ihm waren es de Blegny, Mayerne, Musitanus etc., welche diesen Gedanken in praxi verwirklichten und ausübten. Wenn ich dieser Behandlungsweise den allgemeinen Namen der abortiven Behandlungsmethode beilege, so thue ich es mit Bedacht, denn es geht mir eben um den Grundsatz der Methode und nicht um die Art und Weise der Ausführung derselben. Ich bin nämlich der Ueberzeugung, dass in allen Prioritätsstreitigkeiten vor allem darauf zu sehen wäre, wer der Erste war, der den Gedanken schuf, den Grundsatz aufstellte — und nicht, wer denselben verbessert, modificirt hat oder ihn auszubeuten und anzuwenden lehrte. Gehen wir also von diesem Gesichtspunkte aus, so werden wir das Prioritätsrecht de Vigo einräumen müssen, denn er war eben der Erste, der venerische Geschwüre mit Aetzmitteln zu behandeln räth, um auf diese Weise den Folgen derselben, der allgemeinen Infection vorzubeugen.

Mit Ausnahme der eben erwähnten Aerzte hatte diese Behandlungsmethode keine Anhänger, und konnte diese auch nicht haben, da bis auf Hunter Geschwüre an den Genitalien nicht als Zeichen beginnender Erkrankung, vielmehr aber als Beweise eines tief eingewurzelten Allgemeinleidens galten. In der Ueberzeugung, dass durch Vernichtung der Krankheitsquelle der Entwicklung der Krankheit selbst vorgebeugt wird — führte Hunter die abortive Methode von Neuem ein und entriss sie auf diese Art der Vergessenheit, der sie wiederum durch die sich immer mehr verbreitende Lehre von der Verschiedenheit des Contagiums und die Voraussetzung, dass die primären syphilitischen Affectio-

nen Zeichen der schon existirenden Infection seien — anheimgefallen war. Aus dieser Vergessenheit entriss die abortive Behandlungsmethode zum zweiten Male Hueter, indem er zu diesem Zwecke keine Aetzmittel, sondern die Excision empfahl. Da schien es nun nach verschiedenen Proben und Erfahrungen, dass die Excision der Vergessenheit verfallen sollte, als wieder Auspitz die Behandlung mittelst Excision aufnahm, und man muss gestehen, dass die durch ihn erzielten Resultate für die empfohlene Methode vortheilhaft zeugten. Wie aber jede Ansicht, jede Theorie ihre Anhänger und Widersacher hat, so war es auch mit der abortiven Behandlungsweise mittelst der Excision, und in neuester Zeit sind beide Anschauungsweisen ziemlich stark vertreten. — Ungeachtet dessen, dass der Streit über die Einheit oder Verschiedenheit des Contagiums in seiner bisherigen Art und Weise gar irrationell ist, wollen wir nun sehen, warum gerade die Unitaristen Anhänger der abortiven Behandlungsweise sind und worauf dieselben ihre Ansichten stützen.

Die Anhänger sowie die Gegner berufen sich auf ihre Experimente, eventuell die Resultate ihrer Excisionen, und beurtheilen dieselben auf Grund ihrer Lehren. Es ist wohl nicht zu verwundern, wenn jemand, dem die erwarteten Resultate ausblieben und bei dem in jedem Falle einer Excision des primären Erkrankungsherdes die Folgen einer allgemeinen Syphilis auftraten, ein Gegner dieser Behandlungsweise wird — ebenso wie es begreiflich ist, dass das Ausbleiben allgemeiner Symptome den Forscher für die Abortivmethode eben einnehmen muss. Und wenn noch dazu der Unitarist die Ueberzeugung hat, dass er den Krankheitskeim aus dem Organismus ausscheide — so muss er auch mit voller Ueberzeugung für die Excision stimmen; während der Dualist mit gleichem Rechte an den Erfolg der Excisionen nicht glaubt, von der Ansicht ausgehend, dass er nur ein Symptom einer allgemeinen Infection excidire. — Wo wäre also das Richtige zu suchen, und an welchen Grundsatz sollen sich die praktischen Aerzte halten? — Wir wollen nun die bisherigen Erfahrungen einer genauen Analyse unterwerfen, und vielleicht gelingt es uns, den eigentlichen wahren Werth der abortiven Behandlungsweise kennen zu lernen. — Schon im Beginne selbst stossen wir jedoch auf fast unüberwindliche Schwierigkeiten, indem wir

keineswegs die Gewissheit haben können, ob die excidirten venerischen Geschwüre die primären Symptome von Syphilis und nicht locale venerische Geschwüre oder selbst gewöhnliche (nicht venerische) Exulcerationen waren. Diese Zweifel werden jedenfalls nicht gänzlich durch den Umstand beseitigt, dass es eben die angesehensten Praktiker und renommirtesten Specialisten waren, welche die Excision ausübten. Desto gerechtfertigter sind noch diese Zweifel, je näher die Zeit, in der das Geschwür, eventuell die verdächtige Excoriation excidirt wurde.

Stellen wir uns auch wie immer die Natur des Syphiliscontagiums vor, so sollte die Excision verdächtiger Excoriationen und Infiltrates desto grössere Sicherheit vor dem Auftreten secundärer Symptome bieten, je eher dieselbe ausgeführt wurde. Da nun aber die Excision in den verschiedenen Perioden der verdächtigen Affection und die Qualität des Symptoms sowie seine Dauer in der Diagnose von grosser Wichtigkeit sind, muss vorerst bewiesen werden, inwiefern der Grundsatz sicher ist, dass bei frühzeitiger Excision die ursprünglichen Symptome von Syphilis in der That excidirt werden. Wir stützen uns, wie allgemein bekannt, in der Diagnose primärer syphilitischer Affectionen nicht nur auf deren Aussehen und die Incubationszeit, aber gleichzeitig auch auf das Ergriffensein der nächsten Lymphdrüsen.

Die einstens für charakteristisch gehaltene Induration der primären Affectionen, worauf früher so viel gehalten wurde, verlor fast gänzlich ihren Werth, als man sich mit der Zeit überzeugt hatte, dass die Induration bei primären syphilitischen Affectionen häufig gänzlich fehle — und im Gegentheile oft bei künstlich hervorgerufenen Ulcerationsprocessen in Folge von Herpes und so vielen anderen mit Syphilis gar nichts gemein habenden Affectionen sich vorfinde. Ebenso kann auch die Incubationszeit von sehr verschiedener Dauer sein — von einigen Tagen variirt sie bis zur Dauer einiger Wochen, und wenn auch das Incubationsstadium der primären syphilitischen Affectionen im Durchschnitte drei Wochen beträgt, so hindert und widerlegt doch nicht eine kurze, auf Tage blos berechnete Incubationsdauer, dass eine Excision oder eine Verschwärung nicht der Verkünder, wenn schon nicht das erste Symptom von Syphilis selbst sei. Das hauptsächlichste Moment in der Diagnose ist die charakteristische Schwellung der Inguinaldrüsen,

und doch tritt dieses Symptom, wie bekannt, noch später als die Induration der primären Affection ein.

In Betracht dessen sehen wir nun, dass man in den ersten Augenblicken keineswegs die Gewissheit haben kann, was die excidirte Affection eigentlich bedeute, ob sie das primäre Symptom von Syphilis ist, oder ob sie es im weiteren Verlaufe erst werden sollte — und es wäre das einzige am wenigsten noch trügerische Hilfsmittel: die Confrontation.

Das Sicherstellen der Quelle, aus der die Erkrankung stammt, ist in jedem Falle frühzeitiger Excision unumgänglich nöthig, will man die Gewissheit haben, dass die Affection wirklich syphilitischen Ursprunges sei; denn sonst gibt die Excision ein nur sehr wenig wahrscheinliches Resultat.

Die frühzeitige Excision ohne Confrontirung könnte man wohl mit einer Wahrscheinlichkeitsrechnung vergleichen — und da diese Zahlen sehr oft falsch sein können, muss auch das Resultat nur ein wahrscheinliches oder selbst ein falsches sein. Es beweist zwar die Confrontation nicht, dass ein Riss im Sulcus coronae glandis, der während des Coitus mit einer syphilitischen Person entstand, nothwendigerweise syphilitischer Natur sein müsse, da so ein Riss wohl ohne nothwendige Imprägnirung der wunden Stelle mit dem Syphiliscontagium zu Stande kommen kann; jedenfalls aber gibt die Confrontation noch die meiste Gewissheit.

Das Bestimmen also und Sicherstellen der Quelle ist die unabweisbarste Bedingung bei frühzeitig vorgenommener Excision von Affectionen, welche wir für primäre Syphiliserkrankungen halten — und ein sehr wichtiges Auskunftsmittel bei Excision von Processen, die in Begleitung von charakteristischen syphilitischen Veränderungen erscheinen.

Nun will ich zu Gunsten des Obigen einen Fall, den ich selbst beobachtet habe, mittheilen.

N. N. kam zu mir am ersten Tage nach stattgehabtem Coitus; auf Befragen versicherte er mich, dass das Frauenzimmer, mit dem er den Coitus gepflogen, gesund sein müsse, da sie an demselben Tage vom Prostitutions-Arzt untersucht und gesund befunden wurde. Dabei nannte er mir den Namen einer mir wohl bekannten Prostituirten, welche vordem einige Male schon im Lemberger Krankenhause an Syphilis behandelt wurde. Diese Be-

merkung einerseits, andererseits der Umstand, dass die krankhafte Veränderung nach 19 Tagen erschienen ist, bestimmten mich in Anbetracht der charakteristischen und oberflächlich verschwärten Induration am Penis, sowie der gänzlich schmerzlosen Schwellung der Inguinaldrüsen, zu der Ansicht, das Geschwür als Initialsklerose der Syphilis aufzufassen. In Folge dessen schlug ich dem Patienten die Excision vor, und da derselbe auf meinen Vorschlag einging, führte ich sie auch am nächsten Tage aus. Die am inneren Blatte des Präputiums dadurch entstandene Wunde, an die ich Katgutnähte angelegt habe, verheilte zum Theile per primam, zum Theile durch Eiterungen. In 6—8 Tagen nach der Excision entstand wieder eine Induration rings um die excidirte Stelle, wobei sogar die Lymphdrüsen noch mehr anschwollen, und sogar etwas schmerzhaft sich anfühlten. Der nun augenscheinlich unbefriedigende Verlauf veranlasste mich, die Krankheitsquelle zu untersuchen, — die Untersuchung der Prostituirten aber gab ganz negativen Erfolg; mit Ausnahme von gewöhnlichen Gesichts-Anzeichen von Syphilis nichts zu finden. Die weitere Beobachtung des Patienten, sowie die Untersuchung der Krankheitquelle überzeugten mich nun, dass die excidirte Affection ungeachtet ihrer dem Anscheine nach charakteristischen Merkmale keineswegs syphilitischer Natur war — und ich entliess den Patienten nach $1^1/_2$jähriger Observation mit der Versicherung, dass er in Folge des excidirten Geschwüres an keinerlei consecutiven Zufällen zu leiden haben werde. Und ich hatte wohl das Recht, ihn dessen zu versichern, da die Observationsdauer ziemlich lange war und da ich mich zweitens experimentell überzeugt habe, dass künstlich an diesem Patienten hervorgerufene Geschwüre an ihrer Basis immer eine Induration zeigten. Die Analyse dieses Falles überweist uns, dass man auf die Induration des Geschwüres selbst keinen allzugrossen Werth zu legen habe, und dass selbst bei augenscheinlich specifischer Mitleidenschaft der Lymphdrüsen die Confrontation keinesfalls überflüssig sei.

Aus dem bisher Gesagten erfolgt nun, dass wir auf die bisherigen Experimente in der Excision der Initialsklerose nicht so sehr zu bauen haben, als eben die wenigsten davon die unumstössliche Gewissheit bieten, dass die excidirten krankhaften Affectionen syphilitischer Natur waren. Wäre noch das Resultat immer positiv, d. h. wenn nach unternommener Excision secundäre Allgemeinerscheinun-

gen niemals auftreten würden, oder wenn wenigstens das Resultat frühzeitiger Excisionen immer positiv ausfiele, und solcher Experimente eine nicht unerhebliche Anzahl vorgenommen worden wäre — so könnte noch die Anschauung, dass die Excision consecutiven Veränderungen vorbeuge, Wahrscheinlichkeit gewinnen. Inzwischen sind, wie oben erwähnt, die Meinungen über den Nutzen der Excision sehr getheilt, und ist die Zahl der Gegner der Excisionsmethode ebensogross, als die Zahl ihrer Anhänger.

Während ich die hier einschlägigen Beobachtungen und Experimente anderer Autoren mit Stillschweigen übergehe, will ich mit kurzen Worten einige Fälle meiner eigenen Praxis und der bei möglichst frühzeitiger Excision erzielten Resultate erwähnen, indem ich nur noch bemerke, dass ich in der Mehrzahl derselben die Krankheitsquelle zu constatiren im Stande war. Die Resultate meiner eigenen Beobachtungen scheinen jedoch nicht allzusehr für weitere Experimente aneifernd zu sein, da ich mit Ausnahme des oben citirten, blos in einem einzigen Falle positiven Erfolg erzielte, d. h. dass nach vorgenommener Excision keine weiteren secundären Erscheinungen eintrafen. Kein Wunder aber, wenn es in dem oben berichteten Falle zu keinen Allgemeinerscheinungen von Syphilis kam, war ja doch die excidirte Stelle durchans nicht syphilitischer Natur und Ursprunges. Wenn die Anhänger der Excisionsmethode behaupten, dass die Allgemeinerscheinungen nach vorgenommener Excision leichterer Art seien — so ist es wohl eine Sache der Möglichkeit; ich könnte jedoch wieder aus eigener Erfahrung über einen ganz conträren Fall berichten, wo nach Vornahme der Excision, ungeachtet dass die Wunde keine Induration zeigte und die Lymphdrüsen sehr wenig geschwollen waren, allgemeine Erscheinungen viel gefährlicheren Charakters als sonst eintraten (veröffentlicht in der Vierteljahresschrift unter Aufschrift „Ueber die expectative Behandlung der Syphilis"). Es bleibt also sehr zweifelhaft, ob wir auf experimentellem Wege ohne die gewünschte Reform in Betreff der Confrontation zur Lösung der so wichtigen Frage über den Werth der abortiven Behandlungsmethode der Syphilis mittelst Excision gelangen werden und können. Die Gegner der Excision berufen sich hauptsächlich auf den Umstand, dass die primäre Affection schon als Ausdruck allgemeiner Dyskrasie aufzufassen sei, weshalb es überflüssig erscheine eine Affection, welche

das Allgemeinleiden nicht verringern kann, zu excidiren. Zur Begründung dieser Ansicht führen sie die nach der Excision eintretende Härte an, welche es eben beweisen soll, dass die Infection in dem Momente, wo die primäre Affection erscheint, schon allgemein geworden ist. Im Gegentheil berufen sich die Anhänger dieser Methode auf ihre Experimente, wo nach Excidirung der erkrankten Stelle keine secundäre Induration eintrat — citiren Fälle, in denen die Symptome eines Allgemeinleidens gänzlich ausblieben und sehen darin den Beweis ihrer Behauptung, dass im Momente, wo die primäre Affection erscheint, der Organismus als Ganzes noch nicht inficirt sei, dass aber eben diese primäre Affection die Infectionsquelle darstelle. Von grosser Wichtigkeit wäre wohl die Entscheidung dieser streitigen Ansichten — mir scheint es aber, dass man auf dem Wege der Unparteilichkeit und kalten Kritik zu der Ueberzeugung gelangen könne, dass keine beider Parteien die ganze Wahrheit für sich habe, dass sie aber theilweise auf beiden Seiten zu finden sei. Um nun diesen Ausspruch beweisen zu können, müssen wir uns in Erinnerung bringen, was eigentlich das Wesen des syphilitischen Virus bedinge und was mit demselben im Organismus geschehe.

Ueber das Wesen der Syphilis herrschen heutzutage zweierlei sich widersprechende Ansichten; die einen sehen einen Pilz als den Träger an, während die anderen, wie mir es scheint mit grösserem Rechte ein chemisches Ferment annehmen. Verhält sich die Sache so oder anders, ist das Contagium wirklich ein Pilz oder Ferment, so bleibt es doch immer ein Contagium vivum, d. h. ein solches, das sich im menschlichen Organismus vermehrt. Es wirft sich jetzt die Frage auf was mit dem Contagium geschehe, wann es durch eine excoriirte Fläche in den Organismus gelangt — wird es alsogleich resorbirt, oder erst in längerer Zeit? Diesen Punkt beantwortete Jullien, indem er uns einen Fall berichtete, den ich wörtlich wiedergeben will: Dr. X., ein sehr ausgezeichneter Specialist, hatte an einem Finger eine kleine blutende Erosion als ihn ein Patient mit einem Geschwüre am Penis consultirte. X. trachtete, dass bei der Exploration der wunde Finger in keinerlei Berührung mit dem Geschwüre komme, bemerkte jedoch zu Ende der Untersuchung, dass er mit dem wunden Finger am Hodensack befindliche Verschwärungen betastete. Nachdem er dies bemerkt, bestrebte er sich alsogleich den

Finger bestens auszuwaschen und zu reinigen; alles war jedoch wie die Zukunft leider bewies vergeblich, denn bald erschienen die Folgen allgemeiner Infection, und das Contagium bewirkte trotz der kurzen Dauer der Einwirkung chemische Veränderungen an der wunden Stelle. Dass die Resorption der Infectionsstoffe alsogleich erfolge, beweisen noch andere Experimente und Studien über Fälle von Rotz, Wurm und Variola, in denen man kurz nach Vornahme künstlicher Impfung die geimpften Stellen gänzlich zerstörte, ohne dass dadurch den Folgen einer Allgemeininfection vorgebeugt worden wäre. Jedoch belehren uns Sigmund's vieljährige Erfahrungen, dass es möglich sei, im Laufe des ersten oder des zweiten Tages nach dem verdächtigen Coitus, den Patienten durch gründliche Zerstörung derjenigen Stelle, an welcher das Virus haften blieb, vor allgemeiner Infection zu schützen. Dem Anscheine nach widersprechen Sigmund's Erfahrungen dem, was Jullien's Thatsache beweist, nämlich dass das Contagium gleich nach zu Stande gekommener Imbibition eines nicht inficirten Organismus zu wirken beginne; und doch widersprechen sich diese beiden Thatsachen am wenigsten, vielmehr sie belehren uns über das weitere Schicksal des Contagiums.

Die Resorption eines gewissen Stoffes erfolgt im Allgemeinen, wie bekannt, desto leichter, je flüssiger die zu resorbirende Materie ist und je grösser die Fläche, mittelst der die Resorption stattfinden soll. Es ist wohl möglich, dass die zur Resorption nöthige Zeit noch von anderen Umständen abhänge, gewiss bleibt es doch, dass die oben angeführten Bedingungen gänzlich genügen zum Verständniss der Thatsache, warum es einmal nicht gelungen ist, ungeachtet der bestmöglichen Reinigung der Wunde, der allgemeinen Infection vorzubeugen — und warum es ein anderes Mal gelingt, durch sofortiges Ausbrennen der inficirten Stelle das Auftreten von Allgemeinerscheinungen zu verhindern.

Man ist im Allgemeinen der Ansicht, dass die Resorption des Virus mittelst der Blutgefässe, eigentlich der Venen zu Stande kommen kann, oder mittelst der Lymphgefässe — oder dass endlich eine Resorption des Giftes im eigentlichen Sinne des Wortes nicht erfolge, sondern dass das Contagium, am Bindegewebe immer fortschreitend, den ganzen Organismus endlich einnimmt. — Seien die Resorptionswege und die Resorptionsart welche immer, so ist

es doch bestimmt, dass das Virus nicht im ersten Augenblicke gleich in den Blutkreislauf gelange, denn sonst wären ohne Ausnahme alle Fälle von in den ersten Tagen nach erfolgter Ansteckung ausgeführter Cauterisation immer ohne Erfolg gewesen.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass die Einwirkung des Contagiums an derjenigen Stelle, an welcher es in den Organismus gelangt, sich erst nach längerer Incubationszeit geltend macht, oder mit anderen Worten, dass das Contagium chronisch einwirke. Dieser Zeitabschnitt ist keineswegs eine Periode der Ruhe, und wie wohl Niemand erwies, worauf dies sich gründe, so zweifelt doch auch Niemand, dass in der ganzen Incubationsperiode das Contagium in einer uns unbekannten Weise auf den Organismus einwirkt, bis endlich das Erscheinen der Initialsklerose diesen Zeitabschnitt beschliesst. Die Incubationsdauer beträgt im Durchschnitte drei Wochen, in seltenen Fällen ist dieselbe kürzer, in der Mehrzahl der Fälle aber länger, was darauf hinweist, dass die Art der Einwirkung des Virus in jedem Fall verschieden sei. Künstliche Impfungen mit dem syphilitischen Contagium scheinen zu beweisen, dass die Incubationsperiode hauptsächlich vom Organismus abhänge, in den das Virus gelangte.

Wir wissen zwar nicht, in welcher Zeit das Virus in den Blutkreislauf gelangt, aber diese Zeitdauer ist und muss auch für verschiedene Organismen verschieden ausfallen.

Wenn sich das syphilitische Contagium im Organismus eines Todten vermehren würde, so könnten wir in diesem Falle glauben, dass die physiologischen Functionen des Organismus auf die Einwirkung des Contagiums ohne Einfluss seien — da aber das Contagium, wie bekannt, nur in lebenden Organismen sich geltend macht, so sind wir wohl berechtigt, in den physiologischen Functionen eine Gegenwirkung dem schädlichen Einflusse des Contagiums gegenüber zu suchen. Der Verlauf der Syphilis zeigt, dass diese Krankheit ein fortschreitender Kampf ums Dasein zwischen den Elementen des Organismus und dem unbekannten Wesen des syphilitischen Contagiums sei — und in diesem Kampfe finden wir zeitweise den Sieg des Contagiums, zeitweise den des Organismus. Ein solches Ringen muss auch während des Incubationsstadiums stattfinden, bevor das erste (primäre) Symptom der Krankheit sich ausbildet; und wenn es auch für die Constatirung

des Werthes der Excision von grossem Belang wäre, die Gewissheit zu haben, dass die primäre Affection wirklich ein Beweis von Infection des Organismus sei, so werden wir doch im Stande sein, auch ohne dies einige Schlüsse über den Werth der Excision zu ziehen. — Wenn es bewiesener Grundsatz wäre, dass die primäre syphilitische Affection die Quelle ist, aus der der Organismus das Contagium schöpft, dass sein Wirken den Organismus inficire, und dass diese Quelle erst nach dem Zustandekommen eines krankhaften Produktes mit seinen charakteristischen Merkmalen für den Organismus schädlich sei, so wäre auch der Nutzen der Excision sehr einleuchtend, denn nach Beseitigung der Krankheitsquelle würden wir auch die Krankheit selber zu beseitigen im Stande sein. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass der Organismus noch vor Ausbildung der primären Affection schon mehr oder weniger inficirt ist, und dass deshalb die sich eben ausbildende Affection nicht die einzige Krankheitsquelle sei, von der aus das Contagium an anderen Stellen, respective in anderen Geweben sich vermehrt; diese Voraussetzung wird durch jene Fälle bestätigt, in denen Syphilis nach sorgfältigster Excision der primären Affection bei ganz gesunden, gar nicht afficirten Lymphdrüsen auftrat. Wenn die excidirte Affection darauf hinweisen würde, dass der Organismus bereits inficirt sei, und dass die krankhafte Veränderung nicht die einzige, aber sozusagen die Nebenquelle sei, aus der der Organismus erst nach ihrer Ausbildung den Krankheitskeim schöpfen könnte, so würde anscheinend die Excision solcher Affectionen nutzlos sein. Wir wollen aber darauf nicht vergessen, dass sie doch ein Herd sind für die Ausbildung des Contagiums, und dass die Quantität des kreisenden Contagiums für den Organismus und hauptsächlich für dessen physiologische Functionen nicht ohne Belang sein könne — von denen wieder, wie erwähnt, das Entgegenwirken gegen den Einfluss des Contagiums abhängt. Wenn sich nun die Sachen so verhalten, so ist die Elimination der primären Affection ohne Hinsicht darauf ob das syphilitische Contagium ein Ferment oder ein Pilz sei, von Nutzen und von desto grösserem, je früher die Excision ausgeführt wurde. Wenn wir nun die Wirkungsweise der gegen die entwickelte Krankheit empfohlenen Arzneimittel in Betracht nehmen und die durch gar nichts erwiesene specifische Wirkungsweise einiger derselben mit Stillschweigen

übergehen, so sehen wir, dass der ganze Vorrath der verschiedensten Mittel sich gegen Syphilis wirksam bewährt, dass aber ihr gemeinsames, allen zukommendes Wirken darin besteht, dass sie die existirenden Veränderungen beseitigen, die physiologischen Functionen des Organismus heben und dadurch die Krankheit selbst heilen. Und die Excision unterscheidet sich wahrlich nicht von der bisherigen Behandlungsweise und den bis nun angewandten Mitteln, denn sie hat auch dasselbe Ziel, nämlich die Beseitigung krankhafter Symptome, und je gründlicher dies geschieht, desto grösseren Nutzen hat davon der erkrankte Organismus. Dass sich die Sachen wirklich so verhalten, beweisen endlich die Fälle von ausgeführter Excision, da in der Mehrzahl derselben nach Excision des primären Krankheitssymptoms der Verlauf der Syphilis sich gelinder gestaltet. Diejenigen Fälle, in denen nach Excision des primären Symptoms die Allgemeinerscheinungen heftiger denn sonst auftraten, beweisen gar nicht das Gegentheil. Wenn nun derartige Fälle weniger zahlreich wären, als die eines gelinderen Verlaufes nach vorgenommener Excision — und so scheint es auch — so würden sie schon die Regel, dass die Excision den Krankheitsverlauf mildere, bestätigen — und würden auch gleichzeitig darauf hinweisen, dass der Grund für die Ausnahmen in anderen Ursachen und Umständen zu suchen wäre.

Aus dem bisher Gesagten erfolgt nun, dass wir in Anbetracht der bisherigen Versuche der bis nun ausgeführten Excisionen primärer syphilit. Erscheinungen über den Werth der abortiven Behandlungsmethode mittelst Excision uns nicht bestimmt aussprechen können, und dass nur die in jedem Falle von Excision vorgenommene Confrontation uns über den Werth und Nutzen dieser Methode aufklären könne. Wahrscheinlich ist es aber doch, dass die Excision nützlich ist, und zwar desto nützlicher, je frühzeitiger ausgeführt, und zwar aus dem Grunde, weil es die Quantität des Contagiums, wovon doch die Intensität der Allgemeinerscheinungen abhängt, vermindert.

Die Resultate der abortiven Behandlungsweise mittelst Excision hängen gleich den Resultaten der Behandlung chronischer Krankheiten überhaupt und insbesondere der Syphilis von den physiologischen Functionen des Organismus ab.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Syphilis.

1. **Bókai.** Ueber eine der Gonorrhoe eigenthümliche Mikrokokkenform. (Orvosi Hetilap und Pester med.-chir. Presse Mai 1880.)
2. **Mauriac.** Phlegmone und periurethrale Abscesse bei Gonorrhoe. (Gaz. des Hôp. 20, 21, 1880.)
3. **Huguenard.** Ueber knotige Trippergicht. (Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. Sér. XXXV. p. 525. September bis October 1879.)
4. **Egan.** Ueber Damiana. (Therap. Gaz. April und Mai 1880.)
5. **Küchenmeister.** Die abortive Behandlung des entzündlichen Stadiums des Trippers. (Deutsch. med. Wochenschrift Nr. 23, 1880.)
6. **Cheine.** Eine neue Behandlungsmethode der Gonorrhöe. (Brit. med. J. 1021. 1880.)
7. **James.** Derselbe Gegenstand. (Brit. med. Journ. 31. July 1880.)
8. **Zeitlin.** Ueber erfolgreiche Behandlung der Urethritis durch inneren Gebrauch von Kali chloricum. (Wratsch 1880. Nr. 14. — Ctrlbl. f. Chir. Nr. 35, 1880.)
9. **Vajda.** Ueber eine neuere Behandlungsweise der Urethralblennorrhöe beim Manne. (Wien. med. Presse XXI. 39. 41. 42. 1880.)

Das Secret des acuten Harnröhrentrippers enthält nach Bókai's (1) und Finkelstein's Untersuchungen sowohl im Stadium des schleimig-serösen Ausflusses, als auch in dem der eitrigen Absonderung die von Neisser zuerst (s. diese Vierteljahresschrift 1879, pag. 415) beschriebenen Mikrokokken; dasselbe soll von der acuten Augenblennorrhöe gelten. Die Mikrokokken sind 0·0083 Mm. gross und sitzen meist an den Eiterkörperchen und Epithelzellen; zuweilen waren sie aber auch schon in das Innere der Eiterzellen gedrungen. Im Anfang des ansteckenden Harnröhrentrippers waren die genannten

Parasiten nur sparsam vorhanden, in der 2. Woche nach der Ansteckung dagegen hatte die Zahl derselben bedeutend zugenommen. — Die meisten Mikrokokken fand B. aber in dem dicken, gelben Secret einer seit 2 Wochen bestehende Augenblennorrhöe. Züchtungsversuche hat B. angestellt mit dem Secret einer einige Tage alten Augenblennorrhöe, einer acuten Augenblennorrhöe in der 2. Woche, je eines acuten, ansteckenden Harnröhrentrippers aus der 1. Woche, aus der 2. Woche, aus der 3. Woche und endlich eines einige Monate alten Trippers. Nach 2—3 Wochen wimmelte jede der exact behandelten Züchtungsflüssigkeiten von Mikrokokken, welche mit den von Neisser beschriebenen identisch erschienen. Es wurden 6 Uebertragungsversuche an Männern, meist Studenten, vorgenommen, da Thiere, wie Hunde, Kaninchen, bekanntlich unempfänglich gegen das Contagium sind. Drei dieser Versuche fielen positiv aus, auch dann, als das Züchtungssecret mit 2 Tropfen Kalilauge versetzt worden war. Die mit Tinctura Eucalypti versetzten Secrete ergaben dagegen negative Resultate.

B. nimmt an, dass die Contagien der menschlichen acuten, infectiösen Harnröhren- und Augenblennorrhöe identisch und an Mikrokokken gebunden seien, die aber weder in ihrer Form und Grösse, noch auch bezüglich ihrer sonstigen Eigenschaften von anderen, Blennorrhöe nicht erzeugenden Mikrokokken differiren. (Eines und das Andere bedarf noch viel strengerer Beweise. A.)

Phlegmone und urethro-perinäaler Abscess kommen nach Mauriac (2) viel häufiger als Symptome einer Blennorrhöe der Harnröhre vor, als man gewöhnlich annimmt.

Bei einem Tripper kann sowohl im Kanal jeder Follikel, als auch ausserhalb desselben jede der ihn umgebenden einzelnen Drüsen bis zu den conglomerirten de Méry'schen Drüsen und bis zur Prostata hin sich entzünden. Ferner können Compression und Obliteration der Harnröhre, Auftreibung einer solchen Drüse durch die zurückgehaltenen Secrete und Ausbreitung der Entzündung auf das Drüsenstroma eintreten.

Endlich schreitet unter Umständen die Entzündung auch auf die Gewebe über, welche die betreffenden Drüsen umgeben.

Es handelt sich in solchen Fällen also vorwiegend um Zellgewebsentzündungen, um Entzündung der Cowper'schen oder de Méry'schen Drüsen und um Prostatitis.

Die Entzündung der Cowper'schen Drüsen kann chronisch sein; sie bleibt nicht selten nach chronischen Trippern zurück und gibt zu einem Ausflusse Veranlassung, der bekanntlich von den Engländern „gleet" genannt wird und nach M. eine besondere Art der sogenannten Goutte militaire bildet. Dieselbe ist namentlich von G. Cowper und von Amilcare Ricordi in einer 1871 erschienenen Monographie beschrieben worden.

Die acute Entzündung einer Cowper'schen Drüse verursacht Anfangs allerhand unangenehme und peinliche Gefühle im Damme. Es zeigt sich am Damme eine leichte Röthe und bei Druck in die Tiefe eine umschriebene, mässige Schwellung. Bald nehmen jedoch die Entzündung und Schwellung auch des umgebenden Gewebes zu. Im 3. der von M. aufgestellten Stadien, welches nach einigen Tagen eintritt, wird die Haut lebhafter roth. Der Process läuft jedoch im Damme ab, das Glied wird davon niemals ergriffen. Die von Swediaur als functionelle Störung angegebene Retention des Urins ist selten und von untergeordneter Bedeutung; sie hängt mehr von anderen Ursachen, meist Complicationen, ab. Das Wesentliche ist nach M. die Dysurie, zu deren Diagnose es nicht selten erforderlich ist, mittelst des Katheters die Abwesenheit einer Strictur der Harnröhre festzustellen. Die Einwirkung auf das Allgemeinbefinden ist in der Mehrzahl der Fälle sehr unbedeutend; es ist nicht einmal Fieber zu bemerken. Zertheilung der Entzündung kommt selten, der Ausgang in Eiterung vielmehr fast ohne Ausnahme vor. Die Behandlung geschieht sehr einfach durch Incision. Bis zur Suppuration verläuft gewöhnlich 1 Woche. Die Prognose ist gut und der Verlauf einfach, wenn sich nicht Urin in die Wunde ergiesst. In Bezug auf die Diagnose hebt M. nochmals folgende Punkte hervor: 1. die entzündliche Geschwulst sitzt dem Bulbus fest an: 2. sie ist begrenzt durch den Sitz der Cowper'schen Drüsen; 3. sie hat keine Communication mit der Harnröhre.

Ueber folgenden Fall von knotiger Trippergicht berichtet Huguenard (3). Ein 41 J. alter Kaufmann, im Allgemeinen stets gesund, war im J. 1859 zum 1. Male an Tripper erkrankt; der 2. Tripper verlief während 4 Monaten im J. 1868. Der 3. Tripper, im J. 1871, war mit rheumatischen Erscheinungen verbunden; es stellten sich beträchtliche Anschwellungen der Metatarso-Phalangealgelenke beider Füsse ein, desgleichen waren Schmerzen im Tibio-Tarsalgelenk vor-

handen. Nach einer geeigneten Behandlung des Trippers und des Rheumatismus mit Dampfbädern trat wesentliche Besserung ein; die Heilung wurde aber nicht vollständig; die rheumatoiden Schmerzen blieben bestehen. Im J. 1878 hielt sich der Kranke 9 Monate wegen eines neuen Trippers im Hospital Lariboisière auf. Zu dieser Zeit bestanden die Schmerzen noch sehr heftig in den beiden Fussgelenken. Gleichzeitig war der Zeigefinger der rechten Hand befallen. Diesmal wurden Schwefelbäder und Morphiumeinspritzungen, jedoch ohne Erfolg, gebraucht.

Im Monat April 1879 hatte sich Pat. den 5. Tripper zugezogen und bot bei seiner Aufnahme in's Hospital folgenden Befund: An beiden Händen fanden sich an allen Fingern mit Ausnahme des Daumens beträchtliche Anschwellungen. Die Haut darüber war dunkelroth gefärbt, der Schmerz bei Bewegung heftig; bei den Bewegungen der Finger hörte man crepitirende Geräusche. Die zweiten und dritten Phalangen waren auch von der Entzündung ergriffen; die Anschwellung war jedoch hier weniger beträchtlich. Die Finger zeigten Verdickungen, Anschwellungen und Wulstungen; sie boten in ihrer zurückgebogenen Lage einen Anblick wie bei Gicht dar. Der Daumen war intact. Die Füsse waren ebenfalls ergriffen, aber sie zeigten nicht den Anblick der Gicht; man konnte an ihnen keine Difformität bemerken. Schmerz in der Ferse war jetzt noch geradeso vorhanden, wie bei dem ersten Tripper-Rheumatismus, nur viel stärker, am heftigsten in der Achillessehne.

Der Tripper hatte sich mit dem Erscheinen des Rheumatismus nicht wesentlich gemindert. Der allgemeine Zustand war gut, Fieber war nicht eingetreten. Der Kranke nahm Dampfbäder und innerlich salicyls. Natron und Jodkalium 1—3 Grm. täglich, die kranken Gelenke wurden mit Jodtinctur bestrichen. Nach drei Tagen hatte sich der Zustand des Kranken unter dieser Behandlung wesentlich gebessert. Die Gelenkschmerzen, das Hinderniss bei der Bewegung, die Röthe der Haut, der Schmerz an der Ferse waren nicht mehr vorhanden. Die Schwellung in der Umgebung der Gelenke und die Deformation derselben waren nur am Uebergange der zweiten und dritten Phalanx beseitigt. Die Urethritis war ohne örtliche Behandlung nach einigen Tagen von selbst verschwunden.

Damiana (Turnera aphrodisiaca) wird seit einiger Zeit mit grossem Erfolge bei Prostatorrhöe, bei Prostatitis, bei Spermatorrhöe u. dgl. von Egan (4) angewendet. (Eine Prüfung der Drogue und ihrer Wirkung wäre erwünscht. A.)

Küchenmeister empfiehlt gegen Gonorrhoe (5) häufige (1—$1^1/_2$stündige) Einspritzungen mit 1 Aq. Calcis auf 4 Aq. dest. Die weitere Behandlung mit einer Alaunlösung 6—10,0 : 150,0, ev. mit oder ohne Zusatz von 1 procent. Solut. salicyl. 5,0.

Cheine (6) empfiehlt, Bougies von Cacaobutter, in welchen eine Mischung von Jodoform und Eucalyptusöl enthalten ist, zum Beginn der Tripper-Behandlung einzuführen, dann eine Injection von gesättigter Borsäure-Lösung oder Eucalyptus-Emulsion (1 Unze Eucalypt., 1 Unze Gummi, 20—40 Unzen Wasser) und schliesslich Zinksulphat anzuwenden.

Auch James (7) hat gute Erfolge von Jodoform-Bougies bei Gonorrhöe gesehen, deren er täglich 1— 2 einführt, nachdem die erste entzündliche Reizung mit Blei- und Zinklösung bekämpft ist. Vf. gibt an, dass die meisten Fälle auf diese Weise in einer Woche geheilt werden.

Zeitlin (8) hat in 14 Fällen von Urethritis, die nicht mit sonstigen Leiden complicirt waren, innerlich Kali chloricum in der von Dochmann empfohlenen Form (3,0 pro die) angewandt, und zwar stets mit demselben günstigen Erfolg. Schon nach wenigen Dosen wurde der Ausfluss geringer und dünnflüssiger, Schmerz und Erectionen liessen nach. Ueble Erscheinungen traten nie auf. — Diese günstige Wirkung des Kali chloricum schreibt Verf. der raschen Ausscheidung desselben durch den Urin in unveränderter Form und dessen localer Wirkung auf die afficirte Schleimhaut zu.

Vajda (9) hat einen Apparat construirt, welcher hauptsächlich zur Vornahme von Irrigationen der Harnröhre bestimmt ist.

Die Bestandtheile des Apparates sind folgende:

1. Ein Weichkautschukrohr (Katheter), welches auf einer 3 Ctm. langen Strecke an verschiedenen Stellen perforirt ist. Die Oberfläche

des Rohres und die Stellen, wo sich die Löcher befinden, müssen wegen der Empfindlichkeit der Harnröhre ganz glatt sein. Die Dicke dieses perforirten Katheters soll nur 2 Drittel der Weite der Harnröhre betragen.

2. Eine birnförmige Gummiblase, welche so gross wie eine Pflaume ist. Das hintere, breitere Ende der Blase ist offen, die Ränder der Oeffnung sind mässig verdickt, was den Zweck hat, ihre Widerstandsfähigkeit zu erhöhen. Die Weite der Oeffnung entspricht dem Umfange des Sulcus coron. glandis. Durch diese Oeffnung wird bei der Anwendung des Apparates die Eichel in die Kautschukblase gesteckt, so dass die Ränder in die Eichelkronenfurche zu liegen kommen. Das vordere spitz zulaufende Ende der Blase ist ebenfalls offen, dasselbe wird bei dem Gebrauche von dem von hinten nach vorn durchziehenden Katheter ausgefüllt. Die Kautschukblase hat seitlich ein nach abwärts führendes festeres Rohr, welches zum Abfluss der in der Blase befindlichen Flüssigkeit dient. An diesem luftdicht geschlossenen Ansatzstück wird das 1 M. lange Abflussrohr befestigt. Das Zuflussrohr von 2—3 M. Länge ist mit einem Gefässe in Verbindung gesetzt und hat am anderen Ende eine durch einen Hahn verschliessbare Kautschukcanüle, welche mit ihrer Spitze bei dem Gebrauche in den Katheter gesteckt wird. In das Gefäss wird die zur Irrigation dienende Flüssigkeit gegossen, deren Temperatur zwischen 12 und 30° C. betragen soll. Je höher das Gefäss gestellt wird, desto stärker ist selbstverständlich der Druck.

Die Application des Apparates ist so auszuführen, dass die Flüssigkeitssäule, welche beim Herabfliessen einen Druck ausübt, die Luft austreibt. Die über den Penis gestülpte Kautschukblase wird zusammengedrückt, dehnt sich beim Aufhören des Druckes wieder aus und so entsteht ein mit verdünnter Luft erfüllter Raum, welcher die zwischen dem eingebrachten Katheter aus den Löchern desselben in die Harnröhre abfliessende Irrigationsflüssigkeit in die Blase treten lässt, so dass sie durch das Abfallrohr, welches in ein Gefäss getaucht ist, abfliesst. Durch dieses Ansaugen der abfliessenden Flüssigkeit wird verhindert, dass dieselbe in die Harnblase gelangt. Durch den von V. beigegebenen Saugapparat wird dem Drucke der Wassersäule des aus dem durchlöcherten Katheter abfliessenden Wassers entgegengearbeitet, so dass letzteres nicht höher nach der Blase steigt, sondern abfliesst.

Als Vortheile dieser Methode hebt V. folgende hervor:

1. Sie ermöglicht einen gewissen Einfluss auf die Fluxionsverhältnisse in der Harnröhre; die Temperatur im Gliede wird herabgesetzt, die Erectionen werden vermieden, die Einschränkung der Absonderung der Harnröhre wird vermieden.

2. Das ansteckende Secret wird entfernt.

3. Man kann die Einwirkung in beliebiger Extensität geschehen lassen.

4. Ebenso kann die Intensität regulirt werden.

5. Man kann die Einwirkung beliebig lange Zeit geschehen lassen.

Die Nachtheile der Methode bestehen darin, dass man nur im Liegen oder Sitzen den Apparat anwenden kann, dass die Anwendung mitunter, besonders im Anfang, reizt und dass auch gesunde Flächen der Harnröhre von der Injectionsflüssigkeit getroffen werden.

Die Anwendung geschah bei 70 Tripperkranken. Ein augenfälliger Nutzen wurde erzielt bei Fällen, welche mit Priapismus, Tenesmus des Collum vesicae complicirt waren; bei acutem, profusem Katarrh wurde der Schmerz gemildert und der Katarrh in einen einfachen milden umgewandelt. Bei indolentem Tripper war das Resultat mit adstringirenden Lösungen oft überraschend günstig. Dreimal wurden perpetuirliche Irrigationen ohne Erfolg vorgenommen. Bei tief sitzenden chronischen Trippern wirkte die Irrigation besser und milder als die Einpinselung von Höllenstein, Jodtinctur u. s. w. vermittelst des Harnröhrenspiegels. (Ist denn die letztere schmerzhaft? A.)

Auch bei Jucken in der Harnröhre wird der Apparat von V. gerühmt. (Ref. hat von fortgesetzten Irrigationen der Harnröhrenschleimhaut in der That nur in seltenen Fällen, besonders bei Hyperästhesien u. dgl. Erfolg gesehen. Bei localen Entzündungen [bei chronischen Trippern] hat Ref. damit Nichts zu erreichen vermocht. A.)

10. **Nowatschek.** Atropin gegen Spermatorrhöe und Pollutionen. (Wien. med. Presse XX. 33. 1879.)
11. **Salzer.** Fall von lang dauerndem Priapismus nebst Bemerkungen über die Beziehungen desselben zu Leukämie. (Berl. klin. Wchnschr. XVI. 11. 1879.)
12. **Mraček.** Die Frenularverletzungen, ihre Entstehung und ihre Behandlung. (Wien. med. Presse XX. 32. 1879.)

13. **Schirajew.** Harte Schanker an den Tonsillen. (Petersb. med. Wochenschr. 39. 1880. — Rundschau, Nov. 1880.)

In einem Falle von Nowatschek (**10**) war Spermatorrhöe nach Typhus zurückgeblieben, die Diagnose aber dadurch sicher gestellt worden, dass das Mikroskop in der aus der Harnröhre permanent abfliessenden schleimigen Flüssigkeit zahlreiche Spermatozoën nachgewiesen hatte. Anfangs verordnete N. wegen der geschwächten Constitution neben stärkender Kost Eisen nebst Chinin und liess kalte Waschungen der Genitalien, sowie kalte Sitzbäder anwenden. Da sich der Samenfluss hiernach nur besserte, nicht aber gänzlich verschwand, namentlich beim Uriniren und der Defäcation immer an der Mündung der Harnröhre einige Tropfen Samenflüssigkeit erschienen, so erhielt Pat., da auch Lupulin, Campher und Bromkalium keine besonderen Dienste geleistet hatten, Atropin. Schon nach fünf Tagen war der Ausfluss gänzlich beseitigt, selbst starkes Pressen und Drängen rief ihn nicht mehr hervor und er ist seitdem nicht wiedergekehrt.

Mit ebenso günstigem Erfolge wandte N. das Atropin bei einem 22 J. alten, früher der Onanie sehr ergebenen Privatlehrer an, der an sehr häufigen Pollutionen litt. Von einer Lösung von 0·1 Atropin in 100 Grm. Wasser wurden an zwei auf einander folgenden Tagen zu je zwei Zehntel Spritze hypodermatisch in das Perinäum applicirt. Bald darauf trat Besserung ein und nach nochmaliger Anwendung desselben Verfahrens einige Tage später war das Leiden vollständig beseitigt.

Folgenden Fall von Priapismus (**11**) schildert Salzer:

J. G., Sattler, 46 J. alt, seit 11 J. verheirathet, Vater von 7 Kindern, erfreute sich, eine Erkrankung an Wechselfieber vor etwa 15 J. während eines Aufenthaltes in Amerika abgerechnet, stets einer guten Gesundheit. Auch vorausgegangene Genitalleiden, sowie Excesse in Venere wurden entschieden in Abrede gestellt. — Ende August 1874 trat ohne äussere Veranlassung eine schmerzhafte Erection des Penis von mehrstündiger Dauer auf, welche, durch kalte Umschläge beseitigt, nach wenigen Tagen wiederkehrte und fast einen ganzen Tag anhielt.

Am 9. Sept., Morgens um 3 Uhr, erwachte der Kranke unter heftigen schmerzhaften Erectionen, welche bis zum 24. Sept. ohne Unterbrechung fortbestanden, trotz Anwendung von Blutegeln am

After, narkotischen Einreibungen, Sitzbädern, kalten, später warmen Umschlägen, Chloralhydrat u. s. w.

Als Verf. am 24. Sept. hinzugezogen wurde, zeigte der Kranke geringe Entwicklung der Muskulatur und des Panniculus adiposus, blasse Gesichtsfarbe und ängstlichen Gesichtsausdruck. Hauttemperatur nicht erhöht, 74 Pulsschläge. Der Kranke klagte über schmerzhaftes, spannendes Gefühl an der Wurzel des sich in starker Erection befindlichen, 15 Ctm. langen Penis. Die Eichel erschien von bläulicher Färbung, Druck auf die Wurzel des Gliedes verursachte Schmerz. Die kleinen Hoden waren gegen den Leib heraufgezogen, die Gefässe der Samenstränge dagegen nicht geschwollen. Die Entleerung des Urins ging nur schwer von Statten, erfolgte meist stossweise und gelang am besten bei der Knie-Ellenbogenlage. Urin blassgelb, klar, von alkalischer Reaction (letzteres in Folge der vorausgegangenen Anwendung von Karlsbader Salz). Sonst verhielt sich alles normal bis auf die Kothanhäufung, die von einer Störung des Nervensystems unabhängige, andauernde Schlaflosigkeit und die Milz. Letztere überragte den vorderen Costalrand um die Breite von vier Querfingern und ihr Durchmesser in der Linea axillaris betrug 16 Ctm.

Nachdem die tägliche Anwendung von Bromkalium (2mal 15 Grm.), von zwei warmen Vollbädern und Ableitungen auf den Darm durch Ol. ricini nach drei Tagen, ebenso wie ein von einem Laien angerathener Coitus, welcher zwar mit Widerstreben und unter Schmerzen, jedoch mit nachfolgender Ejaculation, unternommen worden war, ohne Erfolg geblieben war, wurde unter Chloroformnarkose eine Exploration der Harnröhre vermittelst des Katheters angestellt. Indessen trotz tiefer Narkose mit völliger Erschlaffung aller willkürlichen Muskeln blieb die Spannung des Gliedes unverändert, während die Urethra durchgängig blieb (Fortgebrauch des Bromkalium und der warmen Bäder).

Am 2. Oct. fand Verf. den Zustand im Ganzen unverändert, Pat. klagte jedoch über stärkere Schmerzen im Gliede, welche zur steten Einhaltung der Rückenlage nöthigten und durch jeden Versuch des Aufrichtens im Bette zu fürchterlicher Höhe gesteigert wurden. Puls 80, Temp. 37·5°, Appetit und Verdauung leidlich.

Auf den Rath von Prof. Erb, an welchen sich Verf. mit der Schilderung des Krankheitsfalles brieflich gewandt hatte, kamen jetzt

grosse Chinindosen, jedoch mit demselben negativen Erfolge, zur Anwendung.

Man bedeckte daher am 7. Oct. nach dem Vorgange von Windisch das Glied Tag und Nacht mit stark camphorirten, narkotischen Kataplasmen und verordnete innerlich Campher mit Opium. Diese Medication, 3 W. fortgesetzt, bewirkte unverkennbare Erleichterung des qualvollen Zustandes, indem wenigstens zeitweiser Schlaf sich einstellte. Das Glied wurde allmälig schlaffer und gegen Ende October konnte der Kranke auf Stunden das Bett verlassen.

Während die Erholung nur langsam und unvollkommen vor sich ging, nahm neben einem äusserst blassen und kachektischen Aussehen die Anschwellung der Milz so zu, dass ihr Durchmesser in der Linea axillaris am 2. Dec. 18 Ctm. betrug. Anschwellungen der Lymphdrüsen in der Hals- und Leistengegend fehlten, die Verdauung war ungestört und der Urin frei von Eiweiss, dagegen fand sich an beiden Füssen leichtes Oedem. Der Penis fühlte sich etwas härter als gewöhnlich an, hing jedoch herab. Die Entleerung des Harnes erfolgte normal. Von Erection und geschlechtlicher Erregung war keine Spur mehr vorhanden. Am 16. Dec. konnte im Allgemeinen weiter keine Veränderung verzeichnet werden, als dass sich der Penis weicher und der linke Schwellkörper derber anfühlen liess. Am 21. Oct. 1874 war der Kranke sichtlich heruntergekommen und vollständig arbeitsunfähig. Puls 120, Temp. 36·8°. Die Milz reichte bis zum Nabel herüber und die Percussion liess eine Abgrenzung der Leber, deren unterer Rand den Rippenbogen um drei Querfingerbreite überragte, nicht mehr zu. Das Oedem, zu welchem sich noch ein mässiger Ascites gesellt hatte, reichte bis zu den Knien. Herztöne rein, starkes Venensausen in der rechten V. jugularis. Dabei bestanden grosse Schwäche, Schlaflosigkeit und häufiger trockener Husten, die Lungen boten jedoch, saccadirtes Athmen unter der rechten Clavicula abgerechnet, keine Anomalie dar. Milchkur mit Ferr. lacticum.

Nach weiterer Zunahme der Leberanschwellung trat Anfangs Juni 1875 eine mässige Lungenblutung auf, die im August und September in stärkerem Masse wiederkehrte und den Tod durch Erschöpfung am 22. Sept. 1875 herbeiführte.

Die Section wurde verweigert, auch war eine Untersuchung des Blutes während des Lebens in Folge äusserer Umstände nicht ausführbar gewesen.

Verf. rechnet diesen Fall den in der Literatur vorfindlichen Fällen von Priapismus bei Leukämischen zu, welche sämmtlich zwischen 18 und 46 Jahre alt, niemals von Fieber befallen waren, und von denen nur zwei früher an Intermittens gelitten hatten.

Da in dem vom Verf. beobachteten Falle ein Bluterguss in den Schwellkörper der Ruthe nicht in Frage kommt, da Hämorrhagien fehlten, und auch noch das Verschwinden des Priapismus und Wiedererscheinen desselben nach einiger Zeit dieser Voraussetzung widersprechen, bleibt nichts weiter übrig, als die Erectionen auf Rechnung einer Nervenwirkung zu setzen. Diese Annahme begründen einestheils die an Hunden unternommenen Versuche Eckhard's, welchen zufolge Reizung der aus dem Hüft- in das Beckengeflecht übergehenden, sich in die Corpp. cavernosa verzweigenden Nervi erigentes starke Beschleunigung des Blutstroms durch den Penis erzeugt, sowie anderentheils die von Lovén nach stattgehabter Reizung jener Nerven nachgewiesene Erweiterung der kleinen Arterienäste der Schwellkörper. Die physiologische Erection erscheint demnach als Folge einer stärkeren Bluterfüllung der Maschenräume des Penis, welche durch Nachlass der Spannung in den Gefässmuskeln und in den glatten, das Netzwerk der Schwellkörper durchsetzenden Muskelfasern bedingt wird. Desgleichen muss dem Gesagten zu Folge eine pathologische, d. h. schmerzhafte und das gewöhnliche Zeitmaass überdauernde Penissteifung als das Resultat eines abnormen, längere Zeit fortbestehenden Reizzustandes der Nervi erigentes angesehen werden.

In einem Nachtrage bezieht sich Verf. (a. a. O. 46) noch auf einen von Rokitansky (Lehrbuch III. p. 407) beschriebenen Fall, den einzigen, von welchem ein genauerer Sectionsbericht vorliegt:

Bei einem 42 J. alten Kutscher hatte der Priapismus vom 15. März bis zu dem am 26. April 1852 erfolgten Tode angehalten. Anfänglich war neben einem subcutanen Abscess im linken Hypogastrium Fieber mit sehr schmerzhaften Erectionen vorhanden gewesen. Kurz vor dem Tode war durch Druck auf die Wurzel des Gliedes Eiter aus der Harnröhre entleert worden. Unter andauerndem Fieber, Hinzutritt von Dysenterie und Abscessbildung am Perinäum war der Tod durch Erschöpfung erfolgt.

Die Section ergab Anfüllung der grossen Gefässstämme, besonders der Lungenarterien, mit gelblichgrünen, schmierigen, zerfliessenden, an der Peripherie stellenweise schmutzig braunrothen Coagulis

(Leukämie). Leber gross, blassbraun; Milz um das 5—6fache vergrössert, blass braunroth, ziemlich dicht, zwei kleine, mit schmutzig braunem Brei erfüllte Herde darbietend. Die Corpp. cavernosa angeschwollen, fluctuirend, das schwammige Gewebe von Eiter strotzend, in ausgebreiteten Strecken matsch, zu einer blass röthlichen, zerreisslichen Pulpa zerfallend. Die fibröse Hülle derselben war mehrfach durchbrochen und es bestanden Communicationen mit Eiterherden, welche Prostata, Pars membranacea und Bulbus urethrae umfassten.

Wie hieraus hervorgeht, kam in diesem Falle die mechanische Entstehungstheorie des Priapismus in Frage, jedoch mit dem Unterschiede, dass anstatt Blut Eiter in die Maschenräume des Penis ergossen worden war.

Nach Mraček (**12**) werden lange und lockere Frenula selten ganz durchgerissen, sondern meist nur am Rande abgeschürft und excoriirt; sie können dadurch wiederholt Sitz einer Erkrankung werden, büssen dann ihre faltenartige Beschaffenheit ein und wandeln sich zu festen Bindegewebssträngen um. Straffe und kurze Frenula sind meist Veranlassung zur Bildung von Phimose und den mit dieser zusammenhängenden Affectionen; bei der Erection bekommt der Penis häufig eine Krümmung, bei der die Eichel nach abwärts gewendet ist. Breite Frenula mit grubenförmiger Vertiefung zu beiden Seiten geben dadurch häufig Veranlassung zur Entstehung pathologischer Processe, dass in den Gruben Smegma liegen bleibt und verhärtet oder Abschürfungen verursacht. Solche Verletzungen am Frenulum sind Veranlassung zur leichteren Aufnahme des Contagium; von 458 Geschwüren am vorderen Ende des Penis, die i. J. 1878 in Prof. v. Sigmund's Klinik zur Aufnahme kamen, sassen 115 (also $^1/_4$ aller) am Frenulum selbst oder in der nächsten Umgebung desselben; 111 Fälle waren mit Phimose combinirt und von diesen sassen in 26 (also wieder nahezu $^1/_4$ der Fälle) die Geschwüre am Frenulum.

Ein kurzes Frenulum bleibt nach M. bei einem unreinen Coitus selten von der Infection verschont, ausserdem kann es aber auch in Folge der schwereren und unvollständigen Retraction des Präputialsacks zu Balanitis und Balanoposthitis führen. Nach Verletzungen des Frenulum an diesem entstandene Geschwüre verbreiten sich leicht im Präputialsack und an der Eichel, führen zu Phimose und können wegen der Nachbarschaft der Harnröhre gefährlich werden, da bei

einiger Vernachlässigung leicht Perforation in die Harnröhre entstehen kann. Solche Geschwüre heilen meist sehr langsam, weil bei unvorsichtigem Zurückziehen des Präputiums die Granulationen immer wieder zerstört werden können, ja auch die junge Narbe einreissen kann.

Bei Perforation des Frenulum durch ein Geschwür räth M. erst eine Aetzung mit Cuprum sulph. vorzunehmen, ehe man den Saum gänzlich durchtrennt; für die weitere Behandlung hat M. Jodoform als sehr empfehlenswerth gefunden. Um die Nachtheile zu verhüten, die eine pathologische Formation des Präputium mit sich führen kann, räth M. zu frühzeitiger Discission.

Zu den am seltensten beobachteten Orten der syphilitischen Primäraffection gehören jedenfalls die Tonsillen. In der Literatur hat Schirajew (**13**) bis jetzt nur sieben Fälle (Martellière, Spielmann, Hulot) beschrieben gefunden, denen er zwei aus seiner Praxis und aus dem Mjässnitzki-Hospital hinzufügt: 1. Ein verheiratetes 28jähriges Stubenmädchen trat nach circa zweimonatlicher Krankheitsdauer ins Hospital. Genitalsphäre vollkommen gesund, desgleichen äusserlich nirgends Ulcerationen, dagegen beginnende indolente Drüsenschwellungen und Roseola. Die Gaumensegel und die linke Tonsille geschwellt und geröthet, auf letzterer ein grauweisser Belag. Patientin vollständig fieberfrei. Nach einigen Tagen tritt unter Fieber deutlich papulös maculöses Exanthem auf, und an der linken Tonsille hat der Belag einer oberflächlichen Ulceration Platz gemacht, während sich deutliche Induration des Bodens nachweisen lässt. Die Anamnese ergab, dass ihre Dienstgenossin, eine Köchin, an Syphilis litt. Der weitere Krankheitsverlauf, mit Genesung endend, bot nichts Bemerkenswerthes. 2. In der Familie eines Collegen wurde ein sechsmonatliches Kind durch seine Amme mit Syphilis inficirt. Obgleich Verf. die Mutter, die gleichzeitig an folliculärer Angina litt, auf die Gefahr aufmerksam machte, erkrankte sie nach $1^1/_2$ Monaten angeblich an Diphtheritis, welche sich jedoch bei näherer Betrachtung ebenfalls als indurirter Schanker auf der linken Seite erwies, wie auch das bald darauf auftretende Exanthem bestätigte.

Verf. meint, dass es wohl ähnliche Fälle gewesen sein müssen, die zur irrthümlichen Annahme der Existenz einer Syphilis d'emblée geführt hatten.

14. **Coudray.** Ueber die Syphiliden der Vulva. (L'Union 51. 1880.)
15. **Martineau.** Ueber secundäre Syphilis der Vaginalportion. (Union médicale Nr. 61, 1880.)
16. **Bulkley.** Serpiginöses tuberculöses Syphilid in der Schulterblattgegend ohne vorhergegangene Erscheinungen der Syphilis. (New-York med. Record. XVII. 16. April pag. 425. 1880.)
17. **Mraček.** Zur Kenntniss der Dactylitis syphilitica. (Wiener med. Presse Nr. 37. 1880.)
18. **Hutchinson.** Spontane Fractur des Femur an der Stelle eines syphilitischen Knotens. (Med. Times et Gaz. p. 348 29. März 1879.)
19. **Möbius.** Neuere Beobachtungen über die Beziehungen zwischen Tabes und Syphilis. (Erb, Berger, Gesenius, Fischer, Westphal, Müller, Hutchinson, Bernhardt, Juillard, Remak.) Schmidt's Jahrb. Bd. 185, 3, 1880.)

Die Syphiliden treten nach Coudray's Darlegungen (**14**) an der Vulva auf als Erosionen, als papulöse Erosionen, als papulöse Hypertrophien und als Geschwüre. Durch Reizungen, durch Ausflüsse u. dgl. wird die Entwicklung der schlimmeren Formen begünstigt. Ausserdem kommen noch andere Erscheinungen vor, welche mit Syphiliden verwechselt werden können. Hierher gehören herpetische Ausschläge und namentlich folliculäre Entzündungen der Vulva (Folliculite vulvaire), welche besonders durch symmetrisches Auftreten rechts und links, charakterisirt werden, ein Verhalten, welches man früher irrthümlich als Autoinoculation auffasste. Oertliche und allgemeine Behandlung sind von Nutzen.

Die secundäre Syphilis der Vaginalportion charakterisirt sich durch Bildung von Erosionen, Papeln und Geschwüren. Die erythematöse Form hatte Martineau (**15**) noch niemals beobachtet.

Die Erosionen sind ca. linsengross, von glatter Oberfläche, von kupferrother Farbe, welche gegen den normalen Teint der Vaginalportion auffällig absticht. Derartige Erosionen treten bald vereinzelt, bald multipel auf, in welch' letzterem Falle manchesmal eine kreisförmige Gruppirung zu beobachten ist. Die durch Scheidenentzündung

bedingten Erosionen sind dagegen mehr von unregelmässiger Form, näher dem Scheidengewölbe gelegen und durch ihre hellrothe Farbe auf den ersten Blick leicht zu unterscheiden, auch von solchen bei Metritis, wo die Erosionen um das Orif. localisirt zu sein pflegen, wesentlich verschieden. — Die Papeln an der Vaginalportion stellen nach M. linsengrosse, flache, opakweisse Erhabenheiten von glatter Oberfläche dar. — Bei Geschwürsbildung an der Vaginalportion soll nach M. die Diagnose auf Syphilis nur dann gestellt werden, wenn das Geschwür eine glatte Oberfläche, einen leicht opalinen Teint zeigt und die Charaktere einer Folliculitis ulcerosa fehlen: Das Vorhandensein von luxuriirenden, leicht blutenden Granulationen schliesst die Diagnose „Luës" schon von vornherein aus, ebenso eine frisch auftretende Lymphadenitis. Alle diese Formen der Luës weichen rasch einer geeigneten Localtherapie.

Bulkley berichtet (**16**) über eine 34 J. alte Frau, welche angeblich nie an Symptomen von Syphilis gelitten und fünf gesunde Kinder gehabt hatte, von denen drei noch lebten, zwei an acuten Krankheiten gestorben waren. Ungefähr acht Monate vor der Aufnahme hatte sich am unteren Rande der rechten Scapula ein erhabenes, mit einer weissen Kruste bedecktes Knötchen gebildet, das grösser, feucht und schmerzhaft wurde, besonders bei Bewegungen des Armes, namentlich aber nach der Fläche sich ausbreitete. Um einen centralen Fleck von dunkler Purpurfarbe zeigte sich bei der Untersuchung eine narbige Zone von hellerer Färbung, nach aussen zu umgeben von einem ulcerirenden Rande, der stellenweise entzündet erschien. Das Geschwür war von ziemlich ovaler Form, ungefähr 3 Zoll lang und $2^1/_2$ Zoll breit und erstreckte sich fortkriechend nach der Achselhöhle zu. Sonst fand sich am Körper nichts Abnormes.

Die Behandlung bestand in Anwendung von Deutero-Joduretum Hydrg. in kleinen Gaben in Verbindung mit Jodkalium, wozu noch Eisen und andere Tonica gegeben wurden. Die locale Behandlung bestand nur im Auflegen von Watte auf die erkrankte Stelle, die von Zeit zu Zeit erneuert wurde. Unter dieser Behandlung trat rasche Heilung ein; binnen 2 Wochen war die ulcerirte Fläche ziemlich vernarbt; bei Vernachlässigung der gegebenen Vorschriften bildete sich neue Ulceration, die aber ebenfalls rasch heilte unter der gleichen innerlichen und äusserlichen Behandlung.

Der Verf. glaubt, dass bei manchen Frauen eine gewisse Immunität gegen die gewöhnlichen Effecte der Syphilis bestehe, welche er mit der grossen Thätigkeit der Genitalorgane der Frauen in Verbindung bringt. Bei Frauen gehen nach B. manchmal die ersten Stadien der Syphilis vorüber, ohne irgend ein von aussen wahrnehmbares Zeichen der Erkrankung.

Mračeк schildert (**17**) einen Fall, dessen Diagnose er als Periostitis gummosa phalangum subsequente carie phalangis tertiae digiti indicis sinistri bezeichnet. Das gegenwärtige Leiden, welches seit einem Jahre besteht, ist die dritte Folge in den allgemeinen Erscheinungen der Syphilis, welche der Patient vor vier Jahren acquirirte. Gleichzeitig ist gummöse Erkrankung der Zunge und des subcutanen Zellgewebes vorhanden. Die Behandlung bestand vorerst in der internen Darreichung von Jodoform (20·0 Grm.). Wegen des Auftretens neuer Nachschübe und schlechten Allgemeinbefindens 18 Einreibungen von je 5·0 Grm. grauer Salbe. Local Jodoform und Handbäder von Jodbromsalz. Heilung ohne Ausführung der verlangten Amputation.

Hutchinson beschreibt (**18**) den Fall eines 17jährigen Mädchens, welches vor 7 Jahren an einem Abscess der rechten Hüfte behandelt und trotz erfolgter Heilung rechts seither etwas gelähmt war. Während sie vor einem Fenster stand, fühlte sie plötzlich das Bein nachgeben. Es wurde eine schiefe Fractur im mittleren Drittel des Femur constatirt, in welcher Gegend der Knochen erheblich verdickt schien. Das Vorhandensein von „charakteristischen“ Zahnveränderungen leitete auf die Diagnose von hereditärer Syphilis, so dass der Bruch vom Vorhandensein eines syphilitischen Knotens abhängig gemacht wurde. (Trotzdem Hutchinson noch den Fall eines 13jährigen Knaben herbeizieht, in welchem eine ähnliche Anschwellung des Knochens vorhanden war und allein nächtliche Schmerzen auf dieselbe Diagnose leiteten, bleiben bei der Mangelhaftigkeit der Anamnese, der Abwesenheit anderer hereditär syphilitischer Affectionen und des Beweises ex juvantibus erhebliche Bedenken gegen die Diagnose gerechtfertigt. Ref.) Unna.

Einer Zusammenstellung der neuesten Literatur über das Verhältniss zwischen Syphilis und Tabes, welche Möbius (**19**) veröffentlicht, entnehmen wir Folgendes:

Es ist auffallend, dass erst verhältnissmässig spät auf den Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis hingewiesen wurde und dass diese eventuelle Aetiologie von vorn herein wenig Beifall fand. Duchenne (de l'électris. loc. éd. III. p. 655) spricht sich durchaus ablehnend aus. Ersagt ungefähr Folgendes:

„Einige Kranke hatten sich früher constitutionelle Syphilis zugezogen; diese war die einzige rationelle oder fassbare Ursache der locomotorischen Ataxie, aber sie war nichts weniger als sicher, denn abgesehen von den der Syphilis in ihren verschiedenen Perioden eigenthümlichen Symptomen, bot die locomotorische Ataxie in diesen Fällen durchaus kein neues oder specielles Symptom dar. Einige Male allerdings exacerbirten die letzterer eigenthümlichen Schmerzen Nachts oder traten gewöhnlich Nachts auf. Jedoch dies lässt sich auch behaupten, wenn keine syphilitische Ursache besteht. Die specifische, regelrecht ausgeführte Behandlung hätte wenigstens als Probirstein dienen sollen, aber leider vermochte dieselbe durchaus keinen günstigen Einfluss auf den Gang der Krankheit auszuüben."

Eulenburg fand unter 149 Fällen von Tabes nur einen, bei dem constitutionelle Syphilis als wahrscheinliches Entstehungsmoment anzusehen war (Nervenkrankheiten II. p. 460. 1878).

Leyden (Klinik d. Rückenmarkskr. II. pag. 352) sagt ganz kurz, Syphilis sei als Ursache der Tabes wohl angegeben, aber nicht genügend bewiesen.

Auch diejenigen Autoren, welche über die Syphilis des Nervensystems schrieben, scheinen meist keine Beziehungen zwischen Tabes und Syphilis angenommen zu haben. In dem bezüglichen Abschnitte des Handbuches von Ziemssen finden sich solche nicht erwähnt, es wird nur angegeben, dass beweisende Fälle von syphilitischer Degeneration der Hinterstränge nicht bekannt seien.

Einer der Ersten, welche die ätiologische Bedeutung der Lues betonten, war E. Schulze. Er bringt allerdings in seiner unter Griesinger geschriebenen Dissertation (Berlin 1868) nur vier durchaus nicht beweisende Fälle bei, in welchen Tabes auf Lues folgte, möchte aber „mit Eisenmann beide in eine gewisse ätiologische Verbindung bringen."

Im Jahre 1876 wurde zum ersten Male die in Rede stehende Frage gründlich erörtert von Fournier (Leçons. Paris 1876). Seine Anschauung gab de Ranse (Gaz. de Par. 53. 1876) wieder.

Fournier ist entschieden der Ansicht, dass Syphilis eine der häufigsten Ursachen der Tabes sei. Er stützt sich zunächst auf seine Statistik. Unter 30 Ataktischen fand er 24, welche früher an Lues gelitten hatten. Weiter citirt er Féréol und Siredey; Jener hatte fünf Fälle von früherer Syphilis bei eilf Ataktischen, Dieser gar acht auf zehn. De Ranse bemerkt übrigens ganz richtig, dass zu dem bekannten Syphilidologen Fournier hauptsächlich solche Kranke gekommen sein werden, welche mit der Syphilis nicht unbekannt waren. Fournier führt weiter aus, dass, wenn die syphilitische Tabes symptomatologisch keine Charakteristica habe, dies mit der syphilitischen Paraplegie, Cirrhose u. s. w. auch nicht anders sei, dass die Sklerose der Hinterstränge sehr wohl dem Charakter der tertiären Syphilis entspreche, dass die specifische Behandlung zwar bei ausgebildeter Tabes die zerstörten Hinterstränge nicht repariren könne, wohl aber in vielen frischen Fällen von unläugbarem Erfolge sei. Fournier fasst seine Ansicht in folgenden Schlusssätzen zusammen. Liegt Tabes vor, so muss der Arzt mit der grössten Sorgfalt erforschen, ob Lues vorausgegangen sei. Ist dies constatirt oder nur wahrscheinlich, so muss eine specifische Behandlung eingeleitet werden. Grasset hat Fournier's Ansichten durchaus acceptirt (Leçons sur les maladies du syst. nerv. 1878. II. p. 689).

Vulpian schliesst sich insoferne an Fournier an (Leçons sur les maladies de la moëlle 1877), als er die Häufigkeit syphilitischer Antecedentien bei Tabeskranken constatirt. Er fand unter 20 Ataktischen 15 Syphilitische. Doch will er keine specifische Tabes annehmen, sondern betrachtet nur die Syphilis als für Tabes prädisponirend.

In Deutschland ist in neuester Zeit die Frage nach den Beziehungen zwischen Tabes und Lues sehr lebhaft ventilirt worden. Zunächst erörterte sie O. Berger (Bresl. ärztl. Ztschr. Nr. 7. 8. 1879).

Eine auf syphilitischer Basis beruhende Tabes ist nach B. sehr wahrscheinlich; die Angabe Vulpian's, dass auf 20 Kranke wenigstens 15 mit vorangegangener, ungenügend behandelter Syphilis kommen, ist aber übertrieben. B. nimmt nur 20% der Kranken mit Syphilis an. In mehreren Fällen entwickelte sich die Tabes bald nach der Infection ($^1/_2$—2 Jahre) ohne andere bekannte Ursache, in einer relativ grossen Zahl von Fällen hatte ein antisyphilitisches Verfahren entschiedene, wenn gleich nur palliative Erfolge (Verlangsamung der bis dahin stetigen Progression des Leidens, Verminderung der Schmer-

zen, Besserung des Gehvermögens u. s. w). In einem Falle wurde vollständige Heilung erzielt. Wie man bei Gehirnsyphilis und auch bei anderen Formen visceraler Syphilis, ohne jedes Mal den absoluten Beweis eines ätiologischen Zusammenhanges abzuwarten, eine specifische Behandlung einzuleiten pflegt, möge man es auch in den Initialstadien der Tabes thun.

Bald darnach erschien ein Aufsatz Erb's (Deutsches Arch. f. klin. Med. XXIV. 1879, s. diese Vierteljahresschrift pag. 149, 1880), in welchem energisch die Syphilis in der Vorgeschichte der Tabes betont wurde. Unter 44 Tabes-Kranken E.'s gaben 27 frühere Syphilis an. Darunter waren allerdings 4 Fälle, in denen die Kranken nur von einem „Schanker" zu reden wussten. Ueber die Zeit des Auftretens der ersten tabetischen Symptome nach stattgehabter Infection fanden sich in 17 Fällen Notizen. Die betreffenden Angaben bewegten sich zwischen 2 und 14 Jahren: 5mal innerhalb 2 und 5 Jahre, 8mal zwischen 6 und 10 Jahren und 4mal von 11 bis 14 Jahren. Ueber Intensität, Dauer, Recidive der Lues war wenig zu ermitteln, im Ganzen schien es sich nur um leichte Infectionen gehandelt zu haben. Von noch bestehenden Zeichen der Lues war in der Regel gar nichts zu entdecken: nur hier und da Schankernarben, pigmentirte Hautnarben, kleine Drüsenschwellungen, in 2 Fällen verdächtige Rhagaden an der Zunge. Symptomatologisch fand sich durchaus kein Unterschied zwischen Tabes bei Syphilitischen und Tabes bei Nichtsyphilitischen. Therapeutische Erfolge sind nur wenige bekannt. Ein Fall, der allen gewöhnlichen Hülfsmitteln trotzte, wurde durch eine Schmierkur zum Stillstand gebracht. In einem weiteren Falle ist die Schmierkur in Aachen von bestem Erfolg gewesen. In 2 Fällen schien eine Quecksilberkur ohne Erfolg gewesen zu sein. In Erwägung, dass die Tabes in den meisten Fällen eine unheilbare Krankheit ist, dass die Syphilis auch in ihren schwereren Formen einer energischen Behandlung sehr wohl zugänglich ist, dass eine vorsichtige antiluetische Kur keinen bleibenden Schaden anrichtet, acceptirt E. den Satz Fournier's, dass überall da, wo sich in der Vorgeschichte der Tabes Syphilis nachweisen lässt, eine energische antisyphilitische Behandlung zu versuchen ist, und zwar je früher, desto besser.

Auf der Naturforscherversammlung zu Baden-Baden kam Erb in einem Vortrage auf das in Rede stehende Thema zurück. Aus diesem Vortrage ist hervorzuheben, dass E. zur Gegenprobe 84 männ-

liche, über 25 Jahre alte Personen, welche an den verschiedensten Neurosen u. s. w. litten, genau auf Syphilis oder Schanker untersucht hat. Unter diesen waren nur 14 (= 16·5%) syphilitisch gewesen. Auch jetzt noch hielt E. die Frage, ob die Syphilis nur eine prädisponirende Ursache der Tabes, oder diese eventuell eine Localisation der Syphilis sei, für offen.

In der Discussion über Erb's Vortrag trat Mayer (Aachen) E. bei. Er nimmt in 80% der Tabes-Fälle vorausgegangene Syphilis an und hat gute Erfolge von antiluetischer Behandlung gesehen. Andere Redner widersprachen, ohne dass doch, wie es scheint, wesentlich neue Thatsachen beigebracht worden wären.

Richter (Sonneberg) constatirte (Centr.-Bl. f. Nervenheilk. etc. Nr. 20. 1879) auf Grund seiner Erfahrungen, dass erhebliche Besserung der Tabes in Fällen, wo die Patienten an Syphilis gelitten hatten, ohne jede antisyphilitische Behandlung möglich ist, während umgekehrt durch Schmierkur mit warmen Bädern entschiedene Verschlimmerung des Verlaufes eintreten kann. Einen Fall letzterer Art theilt er mit.

Gesenius (Dissertation, Halle 1879), welcher das Tabes-Material Seeligmüller's bearbeitet hat, berichtet, dass unter 60 Tabes-Kranken 13 früher an Syphilis gelitten hatten. In 6 von diesen war kein anderes Moment vorhanden, welches zur Tabes ätiologischen Bezug hätte. In 2 werden, ausser Syphilis, Excesse in Venere angegeben, in 2 anderen Erkältungen, in 1 Trauma, in 1 langjährige Intermittens. G. erblickt in der Lues „ein zur Tabes-Erkrankung prädisponirendes Moment."

G. Fischer (4. Semestralbericht der Heilanstalt Maxbrunn 1879) fand unter 26 Tabes-Kranken 4mal zugegebene und nachweisbare Lues, in 3 weiteren Fällen wurde nur Schanker angegeben. Er führt ferner 2 Fälle an, bei denen nach erwiesener vorhergegangener Infection die Tabes durch antisyphilitische Mittel durchaus nicht gebessert wurde, in denen vielmehr während der specifischen Kur eine sichtliche Verschlimmerung des Leidens auftrat.

Der eine dieser Fälle scheint bemerkenswerth.

Der 47jährige Patient zeigte eine complete linksseitige Oculomotoriuslähmung, welche ca. 4 Wochen alt war. Vor 7 Jahren Ulcus specificum. Später Halsaffection. Keine Heredität. Die genaue Untersuchung des gesammten Nervensystems ergab nicht den geringsten Anhaltspunkt für Annahme einer Tabes. Alle Gehirnnerven, ausser

dem 3., waren normal. Patellarreflex beiderseits kräftig. Es wurde eine „Quecksilberkur“ eingeleitet. Nach 4 Wochen, als die Augenaffection sich zu bessern anfing, wurde Pat. plötzlich in Zeit von wenigen Tagen ataktisch und gab jetzt endlich zu, dass er schon längere Zeit an Blasenstörungen leide. Lancinirende Schmerzen, besonders im rechten Kniegelenk, stellten sich ein. Zu der ausgeprägten Ataxie gesellte sich allgemeine lähmungsartige Schwäche der Beine. Die Untersuchung ergab vollständiges Fehlen der Patellarreflexe, partielle Anästhesien und Analgesien, bedeutende Verlangsamung der Schmerzleitung.

J. Hutchinson (Med. Times and Gaz. Jan. 31. 1880) glaubt, dass die Syphilis zur Erkrankung an Tabes disponire. Er erzählt als Beispiel folgenden Fall:

Ein 44jähriger Mann hatte früher schwere constitutionelle Syphilis gehabt. Nach nahezu 1jähriger Behandlung schien dieselbe geheilt und es waren seitdem keine syphilitischen Symptome wieder aufgetreten. Drei Jahre nach der Syphilis heirathete er und seine Frau gebar theils todte, theils mit verdächtigen Symptomen behaftete Kinder. Seit dem Ende seiner Syphilis litt er an „rheumatischen“ Schmerzen. Später wurden diese lancinirend, er bekam gastrische Krisen. Vor 6 Jahren, 9 Jahre nach Beginn des Leidens, wurde er einer vollständigen Schmierkur unterworfen. Dieselbe schädigte seinen Gesundheitszustand sehr, so dass er erst nach 2—3 Jahren sich erholte. Seitdem schritt die Tabes langsam vorwärts und war zur Zeit der Beobachtung vollständig ausgebildet.

Auch Fr. Müller erörtert in einer kürzlich erschienenen Broschüre (Symptomatologie und Therapie der Tabes dors. im Initialstadium. Graz 1880) die Syphilisfrage ziemlich eingehend. Er ist der Meinung, dass es sich in den meisten Fällen von Tabes, in deren Vorgeschichte Syphilis angeführt ist, um kein Verhältniss von Ursache und Wirkung handelt, sondern einfach um ein zufälliges Zusammentreffen. Er hat eine Reihe von Tabes-Fällen antisyphilitisch behandelt, aber durchaus keinen Erfolg gesehen, bis auf einen Fall. In diesem war vor 5 Jahren die Infection erfolgt. Secundäre Erscheinungen waren aufgetreten und durch Mercurbehandlung mit nachfolgender Kaltwasserkur beseitigt worden. Bei der Consultation constatirte M. beginnende Tabes und verschieden grosse psoriatische Stellen am Pe-

nis und Scrotum. Eine antisyphilitische Kur „war nach beiden Richtungen hin von Erfolg.“ Dieser Fall scheint dem Verf. zu beweisen, dass man sich bei Tabes von einer specifischen Behandlung nur dann einen Erfolg versprechen kann, wenn noch manifeste Symptome von constitutioneller Syphilis nachgewiesen werden können.

Westphal hielt in der Berliner med. Gesellschaft einen Vortrag über Lues und Degeneration der Hinterstränge (Berl. klin. Wochenschr. XVII. 10. 1880 und XI. Bd. des Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheit. 1880). Während Erb unter 73 Fällen von Tabes 47 mit vorausgegangener Syphilis also 64 %, Fournier sogar 80 % seiner „Ataxie“-Kranken mit syphilitischen Antecedentien fand, konnte Westphal bei der Zusammenstellung von 97 Fällen nur 33 % finden, bei denen überhaupt ein Schankergeschwür als vorhanden gewesen angegeben wurde, jedoch nur 14 % mit vorhergegangener secundärer Syphilis. Dagegen wurde jedes Geschwür in Abrede gestellt bei 62 % der Männer und 95 % der Frauen. Westphal constatirt, dass die berichteten Fälle von ächter Tabes, in welcher der Status präsens Symptome von Syphilis ergab, oder bei der Autopsie syphilitische Erkrankungen innerer Organe gefunden wurden, zu den Ausnahmen gehörten. — Eine wissenschaftliche Ueberzeugung in Betreff der in Rede stehenden Frage könne demnach auf Grund statistischen Materials allein nicht gewonnen werden.

Aber auch andere Thatsachen liegen nach Westphal nicht vor, um ein aetiologisches Verhältniss zwischen Tabes und Syphilis wahrscheinlich zu machen.

Zunächst keine Thatsachen der pathologischen Anatomie. Wenn W. mit Erb darin sich einverstanden erklären kann, dass es fraglich ist, ob die syphilitischen Sklerosen und chronischen Entzündungen des Rückenmarkes überhaupt specifischen Charakter besitzen, so folgt daraus, dass man sie vom pathol.-anatomischen Standpunkte aus nicht kennzeichnen kann. Die Natur der Erkrankung als Tabes in den Fällen, die man für Syphilis in Anspruch nimmt, kann nur durch die Autopsie geschehen. Syphilitische durch die Section controllirte Tabesfälle sind aber bis jetzt nicht beigebracht. Die Forderung der Autopsie ist deshalb nicht zu strenge, weil die Diagnose der Tabes nicht immer so einfach ist und der Irrthum, mit dem Symptom der „Ataxie“

Behaftete als Tabetische zu erklären von Nicht-Specialisten in der Nervenpathologie häufig gemacht wird.

Auch die Resultate der Therapie liefern nach W. keinen Beweis; er kennt keinen einzigen Fall von Heilung der Tabes durch Schmierkuren. Remissionen treten ja unter den verschiedensten Umständen ein. W. kommt zu dem Schlusse, „dass bisher die antiologische Beziehung der Syphilis zur Tabes (strangförmigen Erkrankung der Hinterstränge) weder auf klinischem noch pathologisch-anatomischem Wege sicher oder gar wahrscheinlich gemacht worden ist, und dass die statistischen Erfahrungen ein Urtheil nach dieser Richtung nicht gestatten."

Dennoch hält W. auch unter diesen Umständen die Anwendung antisyphilitischer Kuren in Fällen von Tabes, in denen die Möglichkeit einer Beziehung zur Syphilis besteht, für zulässig; das verlangt bei der sonstigen Erfolglosigkeit jeglicher Therapie der praktische Standpunkt, wenn auch der wissenschaftliche die Abhängigkeit der Tabes von Syphilis nicht anerkennt.

Im Anschluss an die oben erörterten Fragen theilt W. die Untersuchung eines Falles mit, der für die weitere Discussion derselben vom wesentlichsten Interesse ist.

Der Fall betraf einen mit sich alle fünf Minuten wiederholenden rechtsseitigen klonischen Krämpfen aufgenommenen Kranken, dessen rechte Seite zudem gelähmt erscheint. Den Krämpfen gingen monatelang dumpfe Schmerzen vorher. Der Tod erfolgte in tiefem Coma. Die Autopsie ergab: Syphilis constitutionalis, Gummata cerebri (des Balkens) et hepatis, Pharyngitis uranitis gummosa, Hyperaemia cerebri et medullae spinalis.

Die mikroskopische Untersuchung des Halstheils, des Rückenmarks — der makroskopisch nur lebhafte, gewissermassen accidentelle Röthung der grauen Substanz und der Hinterstränge aufzuweisen schien — ergab Schwund resp. Veränderung des Markes „bei erhaltenem Axencylinder." Dabei war das interstitielle Gewebe weder vermehrt, noch zeigte es eine veränderte (fibrilläre) Beschaffenheit. Es handelt sich hier um einen ganz besonderen parenchymatösen Process, der zwar mit Hyperämie und Verdickung der Gefässwandungen einhergeht, die eigentliche Neuroglia aber nicht betheiligt. Dennoch hält W. die Bezeichnung dieses Processes als eines specifisch syphilitischen für verfrüht.

Aus der Debatte, welche sich an den Vortrag W.'s anschloss, ist Folgendes hervorzuheben: Mendel wies u. A. darauf hin, dass sich bei Virchow (Geschwülste Bd. II) die genaue Beschreibung eines Falles findet, in dem eine Narbe am Introitus vaginae, eine gummöse Geschwulst neben der Wirbelsäule und graue Degeneration der Hinterstränge die Glieder einer Kette bilden (p. 438), und dass Virchow selbst sagt, dass nicht bezweifelt werden kann, dass manche Fälle von Tabes, namentlich von grauer Atrophie, syphilitisch sind.

Remak wies unter Anderem auf die Verschiedenheit des Materiales hin, welches bei Westphal aus bettlägerigen schweren Tabes-Kranken der unteren Stände bestand. Sein Material bilden wesentlich ambulante Kranke aus der arbeitenden Classe. Er verfügt aus den letzten 4 Jahren über 52 Fälle von Tabes, von denen 47 Männer und nur 5 Frauen betrafen. Nur bei 11, sämmtlich männlichen, Kranken war Syphilis mit einiger Sicherheit vorausgegangen. In 8 Fällen wurden Schanker mit eitrigen Bubonen ohne secundäre Erscheinungen angegeben. In 13 Fällen war Syphilis mit Sicherheit auszuschliessen. R. möchte für sein Material 23% syphilitischer Tabes-Kranker annehmen. Trotzdem glaubt er nicht an einen directen Zusammenhang zwischen Lues und Tabes, wegen der Regellosigkeit der Beziehungen beider Krankheiten. Auch liegen nicht die geringsten Anhaltspunkte dafür vor, wie viel Syphilitische überhaupt an Tabes erkranken und nach wie viel Zeit. R. hält es endlich für sehr wohl möglich, dass energische antisyphilitische Kuren gleich allen anderen schwächenden Momenten den Tabes-Kranken schädlich werden können. Er will nur Jodkalium gebrauchen und höchstens in ganz frischen Fällen von Tabes einen vorsichtigen Versuch mit einer Schmierkur machen.

Lewin stimmt mit Westphal darin überein, dass man bei der Constituirung der Diagnose syphilitischer Rückenmarkserkrankung sehr vorsichtig sein muss, selbst in der Verwerthung anamnestischer Momente. Jeder syphilitische Process gehe von den Lymphgefässen, in specie den spaltförmigen Hohlräumen des Bindegewebes aus. Die sich hier bildenden specifischen Zellen bewirken einerseits eine Wucherung, andererseits eine Sklerose des Bindegewebes. Es existiren nun einige gut beobachtete Fälle von syphilitischer Rückenmarkserkrankung, in denen die charakteristischen Veränderungen gefunden worden seien. Demnach könne die Möglichkeit, dass Tabes durch Syphilis bewirkt werde, nicht mehr von der Hand gewiesen werden.

Bernhardt machte darauf aufmerksam, dass bei Tabes-Kranken, welche früher syphilitisch waren, auch andere ätiologische Momente vorkommen können. Er hat im Laufe der letzten Jahre 67 Fälle von Tabes beobachtet, 58 bei Männern, 9 bei Frauen. Die Aetiologie gelang es bei Frauen 7mal zu ermitteln: Syphilis hatte in keinem Falle, in allen Erkältung, Durchnässung, Zug etc. stattgefunden. Genaue Anamnesen besitzt B. von 37 Männern; davon läugneten trotz dahin gerichteter drängender Nachfrage 22 ganz entschieden jede syphilitische Erkrankung; 7mal wurde Tripper oder Ulcus molle zugegeben; in 8 Fällen wurde Lues eingestanden. Hierbei sei zu bemerken, dass sich manche Menschen irrthümlich für syphilitisch hielten wegen mit ihnen vorgenommener Spritzkuren etc. Von den 7 Kranken, welche secundäre Symptome absolut läugneten, hatten sich 5 abwechselnd grosser Hitze und Kälte, offenbaren Durchnässungen und Ueberanstrengungen ausgesetzt, oder Jahre lang feuchte und zugige Wohnungen innegehabt. Von den 8 Kranken, welche Syphilis zugaben, hatte sich der eine im Jahre 1862 inficirt, als Tabes-Kranker wurde er 1877, also 15 Jahre später beobachtet und hatte inzwischen die Feldzüge von 1864, 1866, 1870/71 und alle damit verbundenen Strapazen durchgemacht. Ein zweiter im Jahre 1864 inficirt, wurde 1875 an Tabes leidend befunden: derselbe hatte mit Noth und Elend kämpfend Jahre lang eine feuchte, nasse, resp. gar keine Wohnung innegehabt. So traten in vielen Fällen anderweitige Krankheitsursachen dermassen in den Vordergrund, dass die Syphilis, mochte sie auch zu jenen gehören, eine Nebenrolle spielte. B. fordert daher auf, Fälle beizubringen, in denen neben der Syphilis kein anderes ätiologisches Moment zu entdecken ist.

Stellt man die Angaben der verschiedenen deutschen Autoren derart zusammen, dass man nur die Fälle mit secundären Symptomen zählt, so hat Erb unter seinen Tabes-Fällen 52% Syphilitische; Berger 20%, Gesenius 20%, Fischer 15%, Westphal 14%, Remak 21%, Bernhard 22%. Das arithmetische Mittel ist 23·5%. Es wäre nun interessant zu wissen, wie viel Menschen überhaupt Syphilis acquiriren. Nach der oben erwähnten Angabe Erb's waren unter 85 verschiedenen Nervenkrankheiten 16·5% syphilitisch. Offenbar werden dergleichen Statistiken sehr verschieden ausfallen je nach der Gesellschaftsclasse und dem Wohnorte der Kranken. Eine grosse Stadt wird ungleich mehr Procent an Syphilitischen stellen als das platte

Land. In dieser Hinsicht ist auffallend, dass Eulenburg in Greifswald unter vielen Tabes-Kranken sehr wenige Syphilitische fand, während die Pariser Autoren unter allen die höchsten Procentsätze haben. Auch Fr. Müller betont diesen Punkt. Er fand bei seinen Tabes-Kranken unter 15 Städtern 9mal Syphilis, unter 7 Landleuten kein Mal. Auf keinen Fall sind die Ergebnisse der Statistik sehr beweisend nach einer oder der anderen Richtung.

Die Erfolge der antisyphilitischen Therapie sind nicht geeignet, ex juvantibus die Existenz einer syphilitischen Tabes zu beweisen. Zunächst ist zu bedenken, dass wohl die Mehrzahl der Tabes-Fälle zu einer Zeit ihres Verlaufes mit Jodkalium behandelt worden sind, da dieses Medicament als Resorbens auch von denen empfohlen worden ist, welche nicht an Lues als Ursache der Tabes dachten. Man hat aber durch Jodkalium bei der Tabes nahezu eben so wenig als durch andere Mittel erreicht. Ferner steht den Fällen, in denen durch Schmierkur etc. Besserung erzielt wurde, eine Reihe von Fällen gegenüber, in denen diese Behandlungsweise nichts nützte, ja evident schadete. Diese Fälle geben den Befürchtungen Remak's, welche auch v. Rinecker ausgesprochen hat, eine thatsächliche Unterlage. Endlich ist von mehreren Seiten darauf aufmerksam gemacht worden, dass im Verlaufe der Tabes nicht selten längere spontane Remissionen vorkommen, welche gegen scheinbare Kurerfolge bedenklich machen müssen.

Wird nun schon durch die Ergebnisse der Statistik und durch die therapeutischen Erfahrungen die Existenz einer syphilitischen Tabes sehr unwahrscheinlich, so stehen der Annahme einer solchen noch gewichtigere Bedenken vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkte aus entgegen. Dieselben hat Juillard entwickelt (Etude critique sur les localisations spinales de la syphilis, Paris 1879). Nachdem er zuerst festgestellt hat, dass das Rückenmark eben so gut wie das Gehirn von der Syphilis befallen wird, dass aber die spinale Syphilis enorm selten ist gegen die anderer Theile des Nervensystems, dass die spinale Syphilis in jeder Periode der Krankheit auftreten kann, die tertiäre Periode aber bevorzugt und gewöhnlich auf schwere secundäre Symptome folgt, dass endlich die Frauen aus unbekannter Ursache eine gewisse Immunität geniessen, bespricht er die anatomischen Charaktere der spinalen Syphilis. Er kommt zu folgenden Schlüssen. Die spinale Syphilis zeigt in ihrem anatomischen Verhalten

die grösste Aehnlichkeit mit der des Gehirns, hier wie dort ergreift die Krankheit Knochen, Meningen und Nervengewebe. Sehr häufig sind sklerosirende oder gummöse Meningitiden, sie führen zu Verwachsungen der Häute unter einander oder mit dem nervösen Gewebe. Gummata des Rückenmarkes sind selten, man besitzt nur 5 Beobachtungen von solchen und keine ist einwurfsfrei. Die Läsionen des nervösen Gewebes sind Erweichung oder Sklerose, beide ergreifen hauptsächlich die Randpartien. Die Topographie der Krankheit ist für die Syphilis charakteristisch, sie ergreift wesentlich das lymphatische System, d. h. die Meningen, die Neuroglia und die Adventitia der Gefässe. Die spinale Syphilis ist daher stets diffuser Natur, ist keine Systemerkrankung. Die Thatsache, dass die Syphilis im Rückenmark stets diffuse Läsionen erzeugt, ist nach J. in der ganzen Lehre von der spinalen Syphilis die bestfundirte. J. bringt zum Belege 9 Autopsien bei. Daher seien systematische Myelitiden bei Syphilitischen stets als Complicationen, nicht als Localisationen der Syphilis zu betrachten. Daher könne die Sklerose der Hinterstränge nicht direct durch Syphilis verursacht werden. J. führt mehrere Autoren an, welche vor ihm Fournier's Behauptung bekämpft haben, u. A. V. Cornil (Leçons sur la syphilis p. 365. Paris 1879). Auch habe Broadbent schon 1874 sich gegen eine syphilitische Tabes ausgesprochen, „es sei durchaus nicht die Art der Syphilis in ihrer Ausbreitung einem functionellen System zu folgen.“ Juillard selbst jedoch will die Beziehungen der Ataxie locomotrice zur Syphilis nicht rundweg läugnen. Erstens seien bei der Ataxie oft nicht nur das Rückenmark, sondern auch Hirn und Hirnnerven erkrankt, jene sei eher eine Krankheit des ganzen Nervensystems, als eine spinale Krankheit. Sodann gebe es Fälle von Ataxie, in denen nicht nur die Hinterstränge ergriffen seien, sondern auch die Meningen und die angrenzenden Systeme, in denen die Gefässerkrankung eine Rolle spiele. Es sei daher möglich, dass es zwei Formen der Ataxie gebe, eine einfache, streng systematische und eine mehr diffuse, syphilitische. J. hofft die Entscheidung der Frage von zukünftigen anatomischen Untersuchungen.

Endlich hat Remak jüngst eine Krankengeschichte veröffentlicht (Berl. klin. Wochenschr. XVII. 22. 1880), welche von Interesse ist:

Ein 38jähriger Mann war seit 5 Jahren an Ataxie des rechten Armes erkrankt, welche vom kleinen Finger ausgegangen und seit

4 Jahren stationär war. Der Arm war bis zum Ellbogen ohne Tast- und Schmerzempfindung, hatte nur leidliches Temperaturgefühl. Ausserdem bestand sehr lebhafte, wesentlich auf die rechte Kopfhälfte beschränkte Schweisssecretion mit leichter Röthung und Temperaturerhöhung derselben Gesichtshälfte. Während des Schwitzens bestand Myosis dextra. Als Reize zum Schwitzen erschienen körperliche Anstrengungen, faradische Reizung des Gesichts, ganz besonders aber saure Speisen, z. B. Mostrich. Seit einigen Monaten bemerkte Pat. auch eine mässige Unsicherheit des Ganges im Dunkeln. Er schwankte bei Augenschluss und zeigte leichte Anomalien der Schmerzempfindung der rechten Fusssohle, zuweilen auch Incongruenz der Berührungs- und Schmerzempfindung. Beiderseits fehlte das Kniephänomen. Von anderweitigen Beschwerden war nur eine seit Kurzem aufgetretene leichte Erschwerung der Harnentleerung und eine ziemlich constant vermehrte Pulsfrequenz zu erwähnen.

Von ätiologischem Interesse war, dass vor 12 Jahren ein Ulcus durum mit nachfolgenden Kopfschorfen und Rachengeschwüren vorausgegangen war, Affectionen, welche ihrer Zeit mit subcutanen Sublimatinjectionen behandelt wurden. Zur Zeit der Untersuchung fanden sich nur einige geschwollene Lymphdrüsen. Pat. war verheiratet und Vater zweier angeblich gesunder Kinder.

R. wirft die Frage auf, ob es sich hier nicht um eine Tabes anomaler Entwicklung handle. Nach ihm dürfte die Vermuthung gerechtfertigt sein, dass hier die Tabes ihren Ausgangspunkt genommen habe von einem wahrscheinlich auf syphilitischer Basis entstandenen sklerotischen Herde in der rechten hinteren Hälfte der Cervicalanschwellung. An diesen Herd sollen sich dann weiterhin Veränderungen in beiden Hintersträngen angeschlossen haben. Gesetzt, R.'s Vermuthungen wären begründet, so würde eine Art von syphilitischer Tabes vorliegen oder richtiger ein durch Syphilis bewirktes tabesähnliches Krankheitsbild.

20. **Robert.** Syphilitische Inoculation, zufällig hervorgebracht durch Tätowiren. (Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. Sér. XXXV. p. 609. Nov.—Déc. 1879. — Schmid's Jahrb. Nr. 5. 1880.)

21. **Atkinson.** Zwei Fälle von sehr frühzeitig erworbener Syphilis. (Arch. of. Derm. pag. 241, Juli 1880.)

22. **Rizet.** Fälle einer zweimaligen Syphilis. (Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. S. XXXV. p. 602. Nov.—Déc. 1879. — Schmid's Jahrb. Nr. 5, 1880.)
23. **Rey.** Ueber Syphilis nach Racen und Klimaten. (Annales des Dermat. et de Syphil. Nr. 4, 1880.)

Einen neuen Fall von Syphilis-Uebertragung durch Tätowiren schildert Robert (**20**):

Ein reitender Jäger liess sich am 28. März 1879 auf dem rechten Vorderarme tätowiren. Die Folgen dieser Operation waren nicht erschienen, so dass er am 30. März auf dem anderen Arme dieselbe wiederholen liess. Am anderen Tage waren unangenehme Empfindungen bis zur Schulter hinauf fühlbar, die Haut in der Umgebung der Stiche war angeschwollen und eine Phlegmone entstand, welche am 5. April eine lange, tiefe Incision nöthig machte. Am 18. April wurde G. zwar wieder dienstfähig, aber am 22. Mai zeigten sich am rechten Vorderarme, an der Stelle der ersten Tätowirung einige rothe, nässende, umschriebene Stellen von Linsengrösse, welche sich mit einer Kruste bedeckten, nach deren Abheben einige Tropfen Eiter ausflossen; an jeder dieser Stellen entstand ein charakteristisches Geschwür. Es war eine Figur tätowirt worden und an verschiedenen Stellen derselben entwickelten sich die erwähnten Geschwüre nach und nach weiter.

Vom Tage der Impfung bis zum ersten Erscheinen der localen Symptome verstrich der lange Zeitraum von 58 Tagen. Die Untersuchung des Tätowirers ergab, dass er an syphilitischen Plaques der Lippen litt (siehe die Fälle von Maury und Dulles in dieser Vierteljahresschrift, pag. 480, 1879). Die Tätowirer haben aber bekanntlich die Gewohnheit, die Nadel, mit der sie Stiche in die Haut gemacht haben, an der Spitze zwischen ihren Lippen mit Speichel zu befeuchten, dann in chinesische Tinte zu tauchen und nunmehr die Spitze der Nadel wieder in die gemachten Tätowirstiche tief einzusenken. Es lässt sich daher die Uebertragung der Syphilis von den Lippenplaques aus im mitgetheilten Falle leicht erklären. In der Folge entwickelte sich auch bei dem Tätowirten noch deutliche allgemeine Syphilis unter hohem Fieber, bis zu 40° C.

Von demselben Tätowirer waren noch zwei Soldaten tätowirt worden, welche ebenfalls syphilitisch erkrankten. Ausserdem führt

aber Verf. noch 5 Fälle kurz an, bei denen die Ausführung der Operation durch denselben mit Syphilis behafteten Tätowirer Erkrankung an Syphilis nicht zur Folge hatte.

Atkinson beobachtete (**21**) einen Fall von hartem Schanker der Vorhaut bei einem 10jährigen Mulatten und constatirte bei einer 8jährigen Cousine desselben einige Zeit darauf allgemeine Syphilis, deren Initialeffloreszenz sich noch in einer tief indurirten Schleimpapel der linken grossen Labie nachweisen liess. Letztere hatte die Syphilis wahrscheinlich von ihrem Vetter — übrigens ohne Verletzung des Hymens — erhalten; die Herkunft seiner Lues liess sich nur vermuthen; seine Eltern waren syphilisfrei. Unna.

Fälle von zweimaliger Syphilis veröffentlicht Rizet (**22**):

1. Fall. P., am 10. Juni 1878 ins Hospital aufgenommen, berichtete, dass er im August 1871 ungefähr 5 bis 6 Wochen nach einem letzten Coitus eine leichte Excoriation am Gliede bemerkt habe, welcher eine Woche später beträchtliche Entzündung des ganzen Gliedes gefolgt sei. Am 4. November 1871 constatirte Dr. Simonnet im Hôpital du midi eine ausgesprochene Induration an der Basis des Frenulum, eine Roseola am Stamm, kurz deutliche Syphilis. Die Behandlung bestand in Verabreichung von Hydr. bichlor. corr. (Liquor van Swieten) und Jodkalium (0·5 Gramm pro dosi). Am 22. Januar 1871 verliess Pat., welcher fast alle Haare verloren hatte, befreit von den Symptomen der Syphilis das Hospital und setzte noch ausserhalb des Krankenhauses eine geeignete antisyphilitische Behandlung fort. Die Behandlung wurde im Juni 1872 vollständig ausgesetzt, nachdem bis dahin Krankheitserscheinungen nicht wiedergekehrt waren. Auch der Haarwuchs war vollständig wieder gekommen.

Am 20. August 1877 wurde Pat. von einem verdächtigen Geschwür, welches indurirte, befallen und im Militärkrankenhaus durch den Militärarzt Robert behandelt. Im December desselben Jahres wurde er im Krankenhause zu Versailles aufgenommen. Eine Roseola syphilitica hatte sich eingestellt, zwei Leistendrüsen waren angeschwollen, desgleichen eine Nackendrüse; ausserdem sassen noch einige Papeln am Stamm, in der Kniegegend, Schleimplatten an Lippen und Schlund, später kamen nässende Condylome am After hinzu; alle Kopf- und Barthaare fielen wieder aus. Die Quecksilber-

behandlung wurde wie das erste Mal schlecht und nur unter gleichzeitiger Verabreichung von chlors. Kali ertragen. Später wurde Jodkalium verabreicht; die Behandlung hörte am 20. Mai 1878 auf, bis zu welcher Zeit alle Erscheinungen sich verloren hatten und der Kr. als geheilt zu betrachten war.

2. Fall. L. wurde im Alter von 17 Jahren im Juli 1871 von zwei Schankern zu beiden Seiten des Bändchens befallen, welche nach dem Berichte des behandelnden Arztes beide deutlich indurirten; hierauf trat beiderseits ein vereiternder Leistenbubo ein, welcher mit dem Messer eröffnet wurde. Die ausgebreitete Drüsenanschwellung hielt bis zum Verschwinden mehrere Monate an.

Die Behandlung bestand in Pillen von Hydrarg. jodat. flavum (Protojoduret. hydr.) während der Dauer von 2 Monaten, zu welcher Zeit Quecksilbererscheinungen zum Aussetzen der Pillen nöthigten. Im August waren Brust und Extremitäten mit charakteristischer Roseola syphilit. bedeckt; der Ausschlag bestand gegen 8 Tage; alsdann erschienen auch Schleimplatten an der linken Mandel. Ende September desselben Jahres verlor Pat. alle Haare.

Anfangs 1872 erkrankte Pat. an einem Tripper, gleichzeitig trat Albuminurie auf, wodurch beträchtliche Anämie entstand. Es wurde drei Monate lang täglich 0·2 Gramm Jodkalium verabreicht.

Im September 1878 wurde der Kranke ins Militärhospital zu Versailles aufgenommen; er litt seit 14 Tagen an einem indurirten Schanker der Eichel und zeigte in der entsprechenden Leiste Drüsenanschwellungen. Anfangs kam eine syphil. Roseola von 6tägiger Dauer zum Ausbruch und bald darauf entwickelten sich auf der linken Mandel charakteristische Schleimplatten, während die Haare in grosser Menge ausfielen.

Die Behandlung bestand in Pillen von Hydr. jodat. flavum, antisyphil. Gurgelwässern, Dampfbädern und Jodkalium. Als Pat. das Hospital Ende December 1878 verliess, litt er nur noch an leichter Anschwellung der linken Mandel und an Anschwellung von zwei Nackendrüsen, welche Erscheinungen bei einer Untersuchung im März 1879 gleichfalls verschwunden waren.

Rey hat es sich (23) zur Aufgabe gemacht, mit Benützung neuerer Autoren, wie Lancéreaux (den er jedoch zu nennen verab-

säumt), Jullien u. A. — statistisch den Grad der Ex- und Intensität der Syphilis in den verschiedenen Erdtheilen nachzuweisen und gelangte zu dem Schlusse, dass diese Krankheit eine allgemein verbreitete ist, die bis heute keinen irgendwie grösseren oder nennenswertheren Theil der Erde verschonte. Folgen wir dem Autor, der es selber recht lebhaft bedauert, in seinem Calcul nichtinficirende venerische und syphilitische Krankheiten zusammenwürfeln zu müssen, da ihm anders die Daten nicht zur Verfügung gestanden, in der Betrachtung der einzelnen Erdtheile:

I. Europa. Hier sind es blos zwei, leider nur kleine und schwach bevölkerte abgeschlossene Punkte, die die Syphilis nicht kennen, nämlich Island und die ebenfalls im hohen Norden gelegene kleine französische Insel Miquelon. Diese Immunität kann nicht ihren Grund im Klima haben, da die Syphilis sich in anderen nördlichen Ländern, wie Sibirien und Kamtschatka, sehr häufig findet, wo die mittlere Temperatur geringer als die Islands ist, sie kann auch nicht in der Isolirung und der Einfachheit der Sitten ihrer Bewohner liegen, die höchstens nur als Hilfsmomente dienen können, sondern hat zweifellos ihren Grund in anderen Momenten, die dem Verfasser jedoch unbekannt sind. Nachdem R. die Civil- und Militärbevölkerung aller Länder Europas Revue passiren lässt und das Percentverhältniss der syphilitischen Erkrankungen derselben constatirt, gelangt er bei Besprechung dieses uns am meisten interessirenden Erdtheiles zum Schlusse, dass blos eine äusserst strenge Beobachtung aller auf die Prostitution bezüglichen Vorschriften der Hygiene dieser von Jahr zu Jahr sich immer mehr ausbreitenden Seuche Einhalt zu thun vermag. Da aber das Resultat nur ein sehr prekäres sein müsste, wenn das Uebel, auf der einen Seite unterdrückt, auf der andern ohne nennenswerthes Hinderniss sich forterhalten könnte, indem der leichte Völkerverkehr unserer Zeit zahlreiche Contacte ermöglicht, die das angestrebte Resultat vereiteln müssten, empfiehlt R. für die Syphilis, sowie es für die Cholera geschehen, die Abhaltung eines internationalen Congresses, dessen Beschlüsse alle europäischen Mächte anerkennen und ausführen müssten.

II. Afrika. Hier ist es besonders Egypten, als das von Fremden am meisten besuchte und bewohnte Land, wo die Syphilis in allen Formen und Graden ihre grösste Ausbreitung erlangt hat. Doch auch die übrigen Küstenländer sind von derselben durchaus nicht verschont

und nur die Neger des centralen Afrika sind nach den Berichten Livingstone's gegen diese Krankheit immun, so lange sie die Charaktere ihrer Race in ihrer vollen Integrität aufrecht erhalten. Auch die schwarzen Bewohner Madagaskars und der benachbarten Inseln sind, so wie die des europäischen Islands, von der Syphilis frei. Im Allgemeinen lässt sich über die Syphilis in Afrika die Behauptung aufstellen, dass die Häufigkeit derselben bei den Eingeborenen in directer Proportion zu ihren Beziehungen mit den Europäern steht und dass die schwarze Race, so weit sie rein und ohne Beimischung fremden Blutes geblieben, sich bis zu einem gewissen Grade unempfänglich gegen das syphilitische Gift verhält.

III. Asien. Kein Land dieses grossen Erdtheiles ist von der Syphilis frei, ja in manchen, wie in China und Japan, ist sie bis zu einem wahrhaft erschreckenden Grade verbreitet und blos in Persien soll sie nach den Berichten Dr. Polak's — wenigstens zur Zeit, als er sich daselbst aufgehalten — weniger in- und extensiv herrschen.

IV. Amerika. Man findet sie hier in den arktischen Küstenländern eben so gut wie in den Vereinigten Staaten, doch scheint es, dass sie die das Innere der nördlichen Länder bewohnenden Tribus noch nicht ergriffen. In den Vereinigten Staaten soll sie nicht in dem Masse wie in Europa verbreitet sein, dagegen feiert sie in Mexiko, das man so oft für das Vaterland dieser Krankheit ausgegeben, ihre fürchterlichsten Orgien. Kein Land der Welt soll diesbezüglich auch nur annähernd mit Mexiko in Vergleich zu bringen sein. Doch auch die kleineren Staaten Central-Amerikas, sowie vorzüglich Brasilien sind in hohem Grade von der Syphilis durchseucht.

V. Oceanien. Dieser zuletzt entdeckte Erdtheil hat die Bekanntschaft der Syphilis, wie beinahe sicher constatirt, wohl erst seit jener Zeit, als die Beziehungen der Eingeborenen mit den Europäern sich vermehrten, gemacht, lieferte aber ein der Verbreitung derselben so günstiges Feld, dass es kaum Einen Punkt, Eine noch so kleine Insel gibt, wo sie nicht in der erschreckendsten Ausdehnung angetroffen wird.

Aus der Arbeit Rey's geht hervor, dass, was die Race anbelangt, diese beinahe gar keinen Einfluss weder auf die Immunität noch auf die Prädisposition für Syphilis besitzt, dass aber auch andererseits das Klima in Bezug auf Infection von absoluter Bedeutungslosigkeit ist. Schiff.

24. **Holm.** Untersuchungen über die Temperatur bei syphilitischen kleinen Kindern. (Hosp.-Tidende 2. R. VII. 2. 3. 1880. — Schmidt's Jahrb. 7, 1880.)

25. **Erőss.** Mittheilungen aus dem Pester Armen-Kinderspitale (Prof. Bokai). Beitrag zu den syphilitischen Erkrankungen des Larynx bei Kindern. (Jahrb. f. Kinderheilk. XV. S. 139. 1880.)

26. **Abelin.** Mittheilungen aus der Kinderpraxis. (Nord. med. Ark. Bd. XI, Nr. 1, 1879.)

27. **van Harlingen.** Knochensyphilis, Pseudoparalyse und intermittirender Laryngealspasmus bei einem Kinde. (Phil. med. Times p. 3. 11. Oct. 1879.)

28. **Galezowsky.** Hereditäre Syphilis, Exophthalmus, Paralyse der Augenmuskeln. (Récueil d'ophthalm. August 1879.)

29. **Grünfeld.** Ueber Vererbung und Uebertragung von Syphilis bei Neugeborenen. (Wien. med. Presse XX. 47. 1879.)

Holm (**24**) hat vom April 1878 bis November 1879 in der unter Engelsted's Leitung stehenden vierten Abtheilung des Communehospitals in Kopenhagen an 23 Kindern, von denen 17 an congenitaler, 6 an acquirirter Syphilis litten, regelmässige Temperaturmessungen angestellt. Die 17 Kinder mit congenitaler Syphilis (8 Knaben, 9 Mädchen) standen zur Zeit der Aufnahme in das Hospital im Alter von 9 Tagen bis zu 4 Monaten, die 6 mit acquirirter Syphilis (2 Knaben, 4 Mädchen) im Alter von $1^1/_4$ bis $2^1/_2$ Jahren. Die Messungen wurden im Rectum vorgenommen, und zwar zweimal täglich, Früh von 7 bis 9 Uhr und Abends von 6 bis 8 Uhr. Dabei wurden alle Vorsichtsmassregeln angewendet, um möglichst genaue und zuverlässige Resultate zu erlangen.

I. Congenitale Syphilis.

1. Ein 15 Tage altes Mädchen, das bei der Geburt wenig über 6 Pfund gewogen und einige Tage darnach Schnupfen, Papeln im Gesicht und dann Ausschlag an den Extremitäten bekommen hatte und abgefallen war, so dass es 1 Pfund weniger als bei der Geburt gewogen hatte, wurde am 28. April 1878 mit Atrophie, Abschälung der Haut an Stamm und Extremitäten, vereinzelten Excoriationen, zum Theil zusammenfliessenden schmutzig gefärbten Schorfen an Stirn

und Kopf und Schnupfen aufgenommen. Unter antisyphilitischer Behandlung schwanden die Efflorescenzen allmälig, aber einige Nägel nahmen ein welkes Aussehen an und spalteten sich an der Spitze. Obwohl die Verdauung in Ordnung war, blieb das Kind doch mager und wog am 24. Mai nur 2300 Gramm; erst im Juni nahmen Kräfte und Körpergewicht zu. Am 28. Juni konnte das Kind geheilt entlassen werden.

Die Temperatur, die vom 29. April bis zum 27. Juni gemessen wurde, war anfangs im Durchschnitte entschieden unter der Norm. Die tiefste Morgentemperatur betrug in der 1., 2., 3. und 4. Woche 35·0, 34·5, 35·3, 35·3° C., die höchste 36·5, 36·2, 35·8 und 36·2° C., die niedrigste Abendtemperatur 36·2, 35·4, 36·0 und 34·6, die höchste 37·6, 37·4, 36·7 und 36·8; die mittlere Temperatur für jede Woche berechnet, Morgens 35·7, 35·3, 35·5 und 35·9, Abends 36·7, 36·2, 36·3 und 36·0° C.; die grösste Tagesdifferenz betrug in den genannten Wochen 1·7, 3·1, 1·4, 1·6° C. Von der 4. bis 5. Woche an begann die Temperatur allmälig zu steigen, aber erst etwa in der 7. bis 9. Woche erreichte die mittlere Temperatur die Norm.

2. Ein 2 Monate alter Knabe wurde am 23. December 1878 mit in Gruppen angeordneten papelförmigen und mit Schorfen bedeckten Efflorescenzen an den Nates und den Extremitäten, Excoriationen an den Lippen, Seborrhöe, Coryza, Affection der Nägel und Abmagerung aufgenommen. Bei antisyphilitischer Behandlung hatte am 23. Januar 1879 das Körpergewicht um 500 Grm. zugenommen, die syphilitischen Erscheinungen waren fast verschwunden. In der Folge traten Durchfall und Erbrechen und Bronchitis auf und der Knabe starb unter Convulsionen am 22. Februar.

Die Temperatur wurde vom 25. December bis zum 13. Februar gemessen. Die für jede Woche im Durchschnitt berechnete Temperatur betrug für die 1.—4. Woche 36·1, 36·4, 36·6 und 36·9° C. Morgens, 36·9, 36·8, 36·7, 37·4° C. Abends; die höchsten Temperaturen waren in den entsprechenden Wochen Morgens 36·7, 36·9, 37·1, 37·4, Abends 37·5, 37·3, 37·8, 38·1, die niedrigsten Morgens 35·7, 36·1, 36·0, 36·4, Abends 36·2, 36·5, 36·1, 36·8; die täglichen Differenzen betrugen durchschnittlich etwas über 1° C.; in der 5. Woche waren die meisten dieser Temperaturwerthe um 0·1—0·2° gestiegen, in der 6. wieder etwas gefallen, nach der 7. Woche war die Temperatur einen Tag lang normal, am nächsten Tage betrug die Morgentemperatur

36·8, die Abendtemperatur 38·6° C., die letzten Tage wurde die Messung nicht fortgesetzt.

3. Ein am 19. December 1878 aufgenommenes, 3 Monat altes Mädchen hat seit etwa 1 Monat syphilitische Efflorescenzen an verschiedenen Stellen des Körpers und Schnupfen. Nach antisyphilitischer Behandlung trat Besserung aller Symptome ein, Ernährung und Aussehen hatten sich wesentlich gebessert. Am 17. Januar 1879 wurde das Kind entlassen.

Die Temperatur wurde vom 22. December bis 17. Januar gemessen. Die durchschnittliche Morgentemperatur, für jede Woche berechnet, betrug in der 1. bis 4. Woche 36·6, 37·2, 36·6, 36·8, die durchschnittliche Abendtemperatur 36·3, 36·6, 36·2, 36·5, die höchste Morgentemperatur 37·2, 37·5, 37·2, 36·9, die höchste Abendtemperatur 37·7, 37·1, 37·2, 37·2, die niedrigste Morgentemperatur 35·5, 37·0, 36·0, 36·6, die niedrigste Abendtemperatur 35·0, 35·9, 35·1, 35·8° C.

In diesen 3 Fällen kamen demnach ausgesprochene subnormale Temperaturen während längerer Zeiträume vor, ohne dass die Syphilis mit irgend einem anderen Leiden complicirt war. Im 1. und 2. Falle fiel das Steigen der Körperwärme zusammen mit Verbesserung der Ernährung und Nachlass der Syphilissymptome, im 3. aber hielt sich die Temperatur noch bei der Entlassung unter der Norm, obgleich das Kind ziemlich gut zugenommen hatte; dabei ist indessen zu bemerken, dass im 3. Falle das Kind sofort nach Beendigung der Behandlung das Hospital verliess, ehe noch die Syphiliden ganz vollständig zum Verschwinden gebracht waren.

4. Ein 9 Tage altes, schwächliches Mädchen wurde am 2. April 1879 aufgenommen; am 10. April war das Körpergewicht (3160 Grm. bei der Geburt) auf 2880 Grm. gesunken. Am 20. April zeigten sich dicht sitzende Papeln an Handflächen, Fusssohlen und Gesicht und Schnupfen, die nach antisyphilitischer Behandlung bis zum 30. Mai verschwunden waren, das Kind begann gut zu gedeihen. Am 1. Juli traten Erbrechen und Diarrhöe auf und am folgenden Tage starb das Kind. Die Section wurde nicht gemacht.

Die Temperatur wurde vom 11. April bis 2. Juli gemessen. Die durchschnittliche Morgentemperatur betrug für die 1. Woche 36·8, für die 2. Woche 37·1, für die 3. Woche 36·7, für die 4. und 5. Woche 36·9 und 37·2° C., wechselte dann und betrug in der 12. Woche 37·4°, die durchschnittliche Abendtemperatur betrug in der

1. Woche 36·8, stieg dann um wenige Zehntel bis in der 4. Woche, in der 5. und 6. Woche betrug sie 36·9, stieg dann langsam bis auf 37·2 in der 10. Woche, in der 11. betrug sie wieder 37·1, in der 12. Woche 37·3° C.; die höchste Morgentemperatur betrug in den ersten 7 Wochen 37·2—37·5, in der 8. Woche 37·1, stieg dann auf 37·8—37·9 und betrug in der 12. Woche 37·6° C.; die höchste Abendtemperatur stieg in den ersten 4 Wochen von 37·3—38·1, fiel dann in der 5. und 6. Woche wieder bis auf 37·3 und 37·2 und schwankte dann zwischen 37·5 und 37·3°; die niedrigste Morgentemperatur betrug in der 1., 2. und 3. Woche 36·2, in der 4.—7. Woche 36·6, 37·0, 36·5 und 36·1, stieg dann von der 8.—11. Woche von 36·6—37·1 und betrug in der 12. Woche 36·6° C.; die niedrigste Abendtemperatur betrug in der 1. Woche 35·7, in der 2. Woche 36·6, verhielt sich dann wechselnd, schliesslich schrittweise bis auf 37·1° C. steigend.

5. Ein 4—5 Wochen zu früh geborenes, mageres und schwächliches Mädchen wurde, 9 Tage alt, am 16. Januar 1879 aufgenommen mit einer zusammengefallenen Beule an der rechten Ferse. Anfangs Februar entstanden in Gruppen angeordnete papelförmige Syphiliden in beiden Regiones superciliares und Seborrhöe. Die Ernährung war ziemlich gut. Am 25. Januar zeigte sich Schwellung der Spitzen an mehreren Fingern und Zehen mit leichter Schorfbildung an den Nägeln, am 7. März eine erbsengrosse ulcerirte Papel am After. Die Hautaffectionen besserten sich, aber der gleichzeitig vorhandene Schnupfen wurde schlimmer, der Ausfluss wurde purulent und das Kind, das bis Anfang April gut genährt gewesen war, fiel ab. Die Affection an den Fingern und Zehen war noch am 30. April vorhanden, die Nase sank ein. Am 7. Mai nahm die Depression der Nase noch zu, aber die übrigen Symptome nahmen ab und das Kind wurde wieder munterer und kräftiger. Am 30. Mai traten Efflorescenzen an Händen, Vorderarmen, Brust und Nacken auf, am 12. Juni Drüsengeschwülste an den Seiten des Halses und in der Submaxillargegend, die in Eiterung übergingen und bis zum 12. September eiterten. Am 30. September stellten sich Ohrenfluss und Ozaena ein, Affection der Nägel, Abmagerung, Anfangs October Durchfall, der bis zu dem am 7. erfolgenden Tode dauerte. Die Section ergab Phthisis der rechten Lunge mit Cavernenbildung, purulente Bronchitis, Osteitis mehrerer Epiphysen.

Die Temperatur wurde vom 17. Januar bis 7. August gemessen. Die tiefste Temperatur fiel in die 2. und 3. Woche (35·5 und 36·0° Morgens, 36.5 und 36.9° Abends), zu welcher Zeit die papelförmigen Excrescenzen an den Augenbrauen auftraten, von der 8. Woche an wurde wieder ein Fallen der Temperatur (bis zu 36·0° niedrigster Abendtemperatur) beobachtet, als sich die Papel am After entwickelte, und von der 12. Woche an (ebenfalls 36·0 niedrigste Abendtemperatur), als reichlicher purulenter Ausfluss aus der Nase bestand und das Kind gleichzeitig abfiel. In der 15. Woche stieg die Temperatur wieder, in der 19. Woche trat aber wieder Erniedrigung ein, die dem Auftreten papelförmiger Effloreszenzen an verschiedenen Körpertheilen entsprach. Als die Drüsen zu suppuriren anfingen, trat Fieber auf mit Steigen der Temperatur bis zu 38°, diese sank aber später wieder und blieb dann subnormal.

Auch in diesen beiden Fällen fanden sich also in den Perioden, in denen die Syphilis uncomplicirt war, subnormale Temperaturen, wenn auch weniger ausgesprochen, als in den vorhergehenden Fällen; auch in diesen Fällen stieg die Temperatur, wenn die syphilitischen Effloreszenzen schwanden oder die Ernährung besser wurde, und fiel, wenn neue Affectionen auftraten.

6. Ein 1 Monat altes Mädchen wurde mit Papeleffloreszenzen an Extremitäten, Stamm, After und Genitalien und Schnupfen am 4. Mai 1878 aufgenommen. Am 8. Mai collabirte das Kind plötzlich und starb unter Convulsionen. Bei der Section fand sich doppelseitige Bronchitis, leichte Hepatitis interstitialis und syphilitische Osteochondritis.

Trotz der Complication mit Bronchitis fand sich eine subnormale Temperatur in den 3 ersten Tagen, ehe noch Zeichen von Collapsus vorhanden waren; die höchste Temperatur betrug 36·7°, die tiefste Morgentemperatur 36·5° und die niedrigste Abendtemperatur 36·0° C.

7. Ein am 6. Mai 1878 aufgenommener, 11 Wochen alter, abgemagerter und atrophischer Knabe hatte Lichenpapeln an Stamm und Extremitäten, Fissuren am Munde und geschwollene Falten und Excoriationen am After und um die Genitalien; er schrie schwach und heiser. Am 14. Mai stellten sich Erbrechen und Durchfall ein, die fortdauerten. Das Kind collabirte und starb am 19. Mai. Die Section ergab purulente Bronchitis, Hyperplasie der Unterleibsdrüsen, leichte syphilitische Osteochondritis.

In der 1. Woche, ehe sich Erbrechen und Durchfall eingestellt hatten, war die Temperatur ausgesprochen subnormal; die durchschnittliche Morgentemperatur betrug 35·1°, die durchschnittliche Abendtemperatur 37·3°, die höchste Morgentemperatur 36·3°, die höchste Abendtemperatur 37·9°, die niedrigste Morgentemperatur 34·5°, die niedrigste Abendtemperatur 35·1°, die höchste tägliche Differenz 3·2° C.

8. Ein 4 Wochen alter, magerer und atrophischer Knabe, der am 27. April 1878 aufgenommen wurde, hatte reichliche, in Gruppen angeordnete, abschuppende Efflorescenzen, namentlich an Gesicht und Extremitäten und stellenweise an den Händen erbsengrosse, schmutzig braune Schorfe, Heiserkeit und Schnupfen und Geschwulst der Falten am Anus. Nach antisyphilitischer Behandlung schwand die Hautaffection, aber das Kind blieb mager. Am 8. Mai entstand beträchtliche Geschwulst des Mittelfingers an der rechten Hand, besonders um das 2. Gelenk herum, wo die Haut in grosser Ausdehnung von den darunter liegenden Geweben abgehoben und unterminirt war; auch der ganze linke Zeigefinger zeigte Schwellung mit rother und glänzender Haut, die Geschwulst nahm zu und öffnete sich spontan, wonach Eiter in reichlicher Menge ausfloss. Die Ulcerationen an den Fingern wurden tief und unrein, Durchfall stellte sich ein, das Kind wurde immer matter und starb am 12. Mai. Die Section ergab katarrhalische Pneumonie im rechten oberen Lungenlappen, Osteochondritis der Epiphysen, Anämie der Nieren, Panaritium am linken Zeigefinger und Periostitis am rechten Mittelfinger.

Die durchschnittliche Morgentemperatur hatte in der 1. Woche 36·8°, in den 3 ersten Tagen der 2. Woche 35·2° C. betragen, die durchschnittliche Abendtemperatur 38·4° und 36·9°, die höchste Morgentemperatur 37·4° und 35·4°, die höchste Abendtemperatur 39·4° und 37·6°, die niedrigste Morgentemperatur 35·8° und 35·0°, die niedrigste Abendtemperatur 37·0° und 36·5°, die höchste Tagesdifferenz 2·5° C.

In der 1. Woche bestand also subnormale Morgentemperatur neben erhöhter Abendtemperatur, letztere wurde aber zu Anfang der 2. Woche ebenfalls subnormal. Zuletzt fanden sich Collapsustemperaturen, als die Diarrhöe aufgetreten war (33·4° C. am letzten Morgen).

9. Ein 1 Monat alter, abgemagerter und atrophischer Knabe, der am 24. April 1879 aufgenommen wurde, war seit einigen Tagen

heiser und hatte reichliche papelförmige Effloreszenzen (zum Theil abschuppend, namentlich an Handtellern und Fusssohlen, geschwollene Falten am After und Fissuren am Mund. An verschiedenen Stellen traten Furunkel auf. Während unter antisyphilitischer Behandlung die Syphiliden zurückgingen, traten am 15. Mai zerstreute Pusteln am Unterleibe auf. Husten, Durchfall und Erbrechen stellten sich ein, der Kranke verfiel immer mehr und starb am 11. Juni. Die Section ergab Bronchitis, umschriebene Bronchopneumonie rechts, Atelektase und umschriebenes Emphysem der Lungen.

Die Temperatur war nur in der ersten Woche subnormal, die tiefste Morgentemperatur betrug 36·5°, die tiefste Abendtemperatur 36·4° C.

10. Bei einem 3 Monat alten, am 19. Januar 1879 aufgenommenen Knaben mit rothen, papelförmigen Effloreszenzen an Stamm, Handflächen und Fusssohlen war die Temperatur normal, bis sich Croup entwickelte, an dem der Knabe starb.

11. Auch in diesem Falle, der einen am 20. Juni 1878 aufgenommenen Knaben mit syphilitischem Exanthem betraf, war die Temperatur, so lange die syphilitische Affection uncomplicirt war, meist normal, nur zweimal ging sie unter 36·8° C. herab. Am 14. Juli traten Diarrhöe und ein abortiver Pemphigus am Halse auf, der Kr. verfiel und starb am 21. Juli.

12. Ein 6 Wochen alter, wohlgenährter Knabe, der am 21. Januar 1879 aufgenommen wurde, hatte zum Theil grosse, auch confluirende Papeln von bräunlicher Farbe an Gesicht, Nates und Fusssohlen und bedeutenden Schnupfen. Nachdem die Erscheinungen der Syphilis beseitigt waren, wurde der Kranke entlassen. — Die Temperatur ging nur an 3 Abenden unter die Norm (36·4°, 36·5°, 36·6°), hielt sich aber sonst zwischen 37·0° und 37·8° C. Im Juni 1879 wurde der Kranke wieder aufgenommen und starb am 30. Juni. Die Section ergab Gummageschwülste im Stirnbein, Hydrocephalus, tuberculöse Meningitis, Tuberculose der linken Lunge, der Milz, der Leber, der Nieren und des Darmes.

In den übrigen 5 Fällen war es unmöglich, den Einfluss der syphilitischen Erkrankung auf die Körpertemperatur zu bestimmen, weil bei der Aufnahme schon andere Affectionen vorhanden waren, die auf die Temperatur Einfluss ausüben mussten.

II. Acquirirte Syphilis.

1. Ein $1^1/_2$ J. altes, gesund aussehendes und gut entwickeltes Mädchen wurde am 19. Mai 1879 mit ulcerirten Schleimpapeln am After und indolenten Drüsengeschwülsten in den Leisten und an beiden Seiten des Halses aufgenommen. Nach einer Inunctionskur verschwanden binnen 50 Tagen die Erscheinungen der Syphilis. In der ersten Zeit war das Kind, das sich vorher im Hause einer mit Syphilis behafteten Tante befunden hatte, unruhig in Folge des Durchbruches von Zähnen, später befand es sich gut. Am 27. Juni wurde es entlassen.

2. Ein 15 Monat alter, wohlgenährter, aber etwas blasser Knabe, der an Syphilis leidende Verwandte hatte, wurde am 3. Juni 1878 mit Schleimpapeln am After und an den Genitalien und indolenten Drüsengeschwülsten in den Leistengegenden aufgenommen und, durch Inunctionskur geheilt, am 8. Juli entlassen. Einige Tage während des Spitalsaufenthaltes war Unwohlsein in Folge von Verstopfung vorhanden.

3. Ein $1^1/_2$ Jahre altes Mädchen, dessen Mutter wiederholt an Syphilis behandelt worden war, war seit einiger Zeit unruhig geworden und bekam Durchfall; gleichzeitig war ein Hautausschlag aufgetreten. Bei der Aufnahme am 27. Mai 1878 fand man an Stamm und Extremitäten reichliche papelförmige Efflorescenzen, Schleimpapeln an Mund und After und Drüsengeschwülste an den Seiten des Halses und in den Leistengegenden; die Esslust war gering, es bestand etwas Husten und Durchfall. Ueber beiden Lungen, namentlich links, hörte man feuchtes Rasseln, aber die Percussion ergab keine Dämpfung. Die Bronchitis hörte bald auf, aber der Durchfall dauerte fort. Nach durch Inunctionskur erzielter Heilung wurde das Kind am 10. Juli entlassen.

4. Ein $1^1/_2$ J. altes, wohlgenährtes Mädchen, das am 28. Mai 1878 aufgenommen wurde, hatte dicht sitzende, hanfkorngrosse Papeln an Stamm und Extremitäten, Schleimpapeln an After und Genitalien und Drüsengeschwülste in den Leisten und an beiden Seiten des Halses, wurde durch eine Inunctionskur geheilt und am 24. Juli entlassen. Während des Hospitalaufenthaltes befand sich das Kind gut bis auf einen leichten Katarrh von kurzer Dauer und hin und wieder auftretende Würmer.

5. Ein $2^1/_2$ J. altes Mädchen, das am 24. April 1878 aufgenommen wurde, war vermuthlich von einer syphilitischen Tante ange-

steckt. Das wohlgenährte, aber blasse Kind hatte seit ungefähr einem Monat gekränkelt; doch waren Esslust und Verdauung ungestört geblieben. An den gerötheten und geschwollenen grossen Schamlippen fanden sich unreine ulcerirte Schleimpapeln, ebenso auch am After, in den Leistengegenden und an den Seiten des Halses indolente Drüsengeschwülste, in der Nackengegend eine Gruppe hanfkorngrosse, bräunliche, leicht abschuppende Papeln, am Munde Schleimpapeln. Eine Inunctionskur bewirkte Heilung und am 8. Juli wurde das Kind entlassen.

6. Ein 14 Monat alter Knabe, dessen Eltern an Syphilis litten und der schon früher zweimal an papulösen Hautefflorescenzen und Schleimpapeln an den Lippen gelitten hatte, wurde am 27. October 1879 aufgenommen, nachdem die vorhandenen Symptome seit drei Wochen sich eingestellt hatten. Das Kind war blass, aber wohlgenährt; an Lippen, Zunge und Gaumen zeigten sich erbsengrosse, weissliche, ziemlich flache Papeln; ausserdem bestanden Drüsengeschwülste in der Inguinalgegend und an den Seiten des Halses. Die Behandlung bestand in Inunctionskur; vollständige Heilung war bis Ende November 1879 noch nicht erzielt.

Im 1. dieser 6 Fälle war die Temperatur mitunter über 38° C. Abends in den ersten 3 Wochen, doch so, dass sie nur zweimal bis 38·6° stieg; die Morgentemperatur hielt sich stetig normal; die Temperatursteigerungen stellten sich indessen sporadisch ein, ohne bestimmten Typus, so dass man an ein syphilitisches Fieber nicht denken konnte. Am natürlichsten liessen sich die unbedeutenden Temperatursteigerungen erklären durch das Unwohlsein während der Dentition. In den letzten 3 Wochen des Aufenthaltes im Hospital war die Temperatur durchgehends normal.

In den andern 5 Fällen war die Temperatur normal, sobald sich nicht zufällige Complicationen fanden, die eine unbedeutende Erhebung verursachen konnten. Nur ausnahmsweise sank die Temperatur in 1 oder 2 Fällen unter 37·0° und im 2. und 3. Falle finden sich einmal Temperaturen von 36·6° und 36·5° verzeichnet, bei gleichzeitig vorhandenen Verdauungsstörungen; im Uebrigen bewegte sich die Temperatur zwischen 37° und 38° C.; die Tagesdifferenz war nur gering und die Temperatur am Abend in der Regel höher, als am Morgen.

Da die acquirirte Syphilis im Ganzen bei Kindern in ähnlicher Weise verläuft, wie bei Erwachsenen, liegt es nahe, anzunehmen, dass

auch bei Kindern syphilitisches Fieber auftreten müsse, zumal da der kindliche Organismus überhaupt mehr zu Fieber geneigt ist. H.'s Untersuchungen sprechen aber nicht für die Existenz von Fieber; über das Verhalten der Temperatur im prodromalen Stadium hat der Verf. keine Untersuchungen anzustellen vermocht.

Die normale Temperatur während des Verlaufes der acquirirten Syphilis bildet nach H.'s Untersuchungen einen Gegensatz zu dem Verhalten derselben bei congenitaler Syphilis; dieses Verhalten gibt einen neuen Beweis, in wie viel geringerem Grade das Kind von der acquirirten Syphilis angegriffen wird.

In Bezug auf congenitale Syphilis fand sich in 9 Fällen mehr oder weniger ausgesprochene subnormale Temperatur von kürzerer oder längerer Dauer, ohne dass Complicationen vorhanden waren, nur bei 3 kräftigeren und wohlgenährten Kindern war die Temperatur normal, doch zeigte sich in einem von diesen Fällen einzelne Male auch Neigung zu subnormaler Temperatur. Da H. mit einer einzigen Ausnahme (8. Fall) nie eine Steigerung der Temperatur beobachtete, ohne dass sie sich auf natürliche Weise durch gleichzeitig vorhandene, nicht syphilitische Affectionen hätte erklären lassen, nimmt er an, dass die angeborene Syphilis in den allermeisten Fällen ohne Fieber verläuft, und dass überhaupt Fieber nur vorübergehend und ohne bestimmten Typus dabei vorkommt. Auch in der latenten Periode fand H. in den Fällen, in denen er während derselben Temperaturmessungen anstellen konnte, keine Temperatursteigerung. Charakteristisch für die angeborene Syphilis bei kleinen Kindern war der oft sehr bedeutende Unterschied zwischen Morgen- und Abendtemperatur (bis zu $3{\cdot}2^{0}$ C.) und der Umstand, dass die letztere häufig niedriger war, als die erstere.

Die häufig vorkommende subnormale Körpertemperatur ist aber kein specifisches Symptom für die angeborene Syphilis; ähnliches Verhalten hat H. auch bei ausgesprochener Atrophia infantilis, Furunculose und Pemphigus gefunden. Sie ist nur als Ausdruck für den marastischen Zustand aufzufassen, der durch das constitutionelle Leiden hervorgerufen wird, die Temperatur steigt auch gleichzeitig, wenn die Ernährung besser wird und die Kräfte zunehmen. Die Erniedrigung der Körpertemperatur gibt deutlich an, in wie hohem Grade der Organismus geschwächt ist, und mahnt, ausser der specifischen Behandlung noch eine kräftigende anzuwenden. Der erste der vom Verf.

mitgetheilten Fälle zeigt, dass ein günstiger Verlauf möglich ist, selbst wenn die Temperatur Wochen lang sich unter der Norm hält, aber es kann kein Zweifel darüber sein, dass Senkung der Temperatur unter die Norm die Prognose ungünstiger macht, namentlich wenn dabei noch Complicationen auftreten, die auch ihrerseits die Widerstandskraft des Pat. schwächen.

Ein Fall von hereditär-syphilitischer Erkrankung des Larynx bei einem $3^1/_2$jähr. Mädchen wird von Eröss (**25**) berichtet. Allgemein syphilitische Symptome waren deutlich ausgesprochen. Larynxbefund (Löri): „der Kehldeckel stark gesenkt, um das 3—4 fache verdickt und nach abwärts gerollt, so dass seine Form der eines Hufeisens entspricht; seine Schleimhaut blass. Die aryepiglottischen Falten dicker, blassroth, in geringem Grade durchscheinend. Das linke Taschenband mehr als zweimal so dick, wie das rechte, in seiner Mitte gegen den freien Rand zu ausgebaucht; diese Ausbauchung ist dunkelroth. Beide Stimmbänder gelbröthlich, missfarbig. In die Schleimhaut der Luftröhre konnte wegen der Senkung des Kehldeckels und der Schwellung der Larynxgebilde keine Einsicht genommen werden. Diagnose: Hypertrophia mucosae epiglottidis. Oedema leve ligamentorum aryepiglotticorum. Catarrhus chordarum vocalium (verosimiliter gumma chordae vocalis sinistrae)."

Im Verlaufe der Beobachtung zeigten sich auch im Munde und Rachen Plaques etc. Die Behandlung bestand in einer Inunctionskur — im Ganzen wurden 40 Grm. graue Salbe eingerieben. Nahezu vollständige Heilung. Local (im Larynx) wurde nichts angewendet.

Nach Abelin (**26**) sind die früher als ausserordentlich selten betrachteten syphilitischen Knochenaffectionen bei Neugeborenen nach den in der Poliklinik des Stockholmer Kinderhauses gemachten Erfahrungen keineswegs so selten, indem unter 16000 in dem letzten Decennium daselbst behandelten Kindern, von denen 215 mit Syphilis behaftet waren, 23, somit etwas mehr als 10% das klinische Bild syphilitischer Knochenaffectionen darboten, worunter 9 im 1. Lebensmonate standen und 5 das 6. Lebensjahr überschritten hatten. $^2/_3$ der Fälle gehören der hereditären (15, $^1/_3$ der erworbenen 7) Syphilis an. Im Krankenhause selbst wurden während der nämlichen Periode auf der Abtheilung für Kinder über 1 Jahr 1 Fall von Syphilis hereditaria und 8 von S. acquisita, worunter einer

an Knochenaffectionen litt, behandelt. Auf der Abtheilung für Säuglinge 2 Fälle erworbener und 112 Fälle erblicher Syphilis, darunter 15 mit Knochenaffectionen, wornach sich hier sogar die Frequenz auf 13 Proc. stellt. Abelin weist unter Mittheilung von Krankengeschichten nach, dass mitunter die Osteopathie in einzelnen Fällen das erste klinisch wahrnehmbare Symptom der Syphilis darstelle und dann sich in der Regel zuerst durch Auftreibung der Epiphysen und etwas später durch das Auftreten häufig multipler, mehr oder minder entwickelter Periostitis der Diaphysen kund gibt, wo dann die Unfähigkeit des Kranken, die afficirte Extremität zu bewegen, das erste auffällige Phänomen ist. Schmerzhafte Empfindungen sind in einzelnen Fällen deutlich, jedoch nicht überall zu constatiren. Affectionen der Schädelknochen sind in der Regel nur auf dem Sectionstische diagnosticirbar. Das Auftreten war auch in den Fällen von Syphilis hereditaria, die nicht in den ersten Lebenswochen zur Behandlung kamen, entschieden ein früheres, da hier die Affection meist eine weit grössere Ausdehnung hatte und Entwicklung zu Nekrose und Ulceration existirte. Die Prognose ist auch bei hereditärer Knochensyphilis keineswegs sehr ungünstig, da durch zweckmässige Diät und Hygiene und zeitig eingeleitete antisyphilitische Behandlung vollkommene Heilung sämmtlicher syphilitischer Erscheinungen erfolgen kann.

Multiple Periostitis und Osteitis auf nichtsyphilitischer Basis, wie sie bei Kindern nicht selten als Ausdruck nutritiver Störungen bei fehlerhafter Blutbeschaffenheit vorkommen, hält Abelin in der Regel für Ausdruck der Tuberculose. In 18 zur Begründung dieser Anschauung mitgetheilten Krankengeschichten ist das Auftreten von Meningitis tuberculosa und verschiedenen anderen Formen der Krankheit durch die Section nachgewiesen. Um diese tuberculösen Knochen- und Knochenhaut-Entzündungen von den syphilitischen zu unterscheiden, ist zu beachten, dass bei hereditärer Syphilis zuerst die Epiphysen ergriffen werden und erst später der Process auf die Diaphysen übergreift, während bei Tuberculose die Epiphysen intact bleiben und nur die Diaphysen der langen Knochen, die Fuss- und Handknochen, die Finger und Zehen und selten die Schädel- und Gesichtsknochen afficirt werden. Von Bedeutung ist auch die Zeit des Auftretens, die bei Syphilis hereditaria theils schon vor der Geburt, theils in die ersten Lebenswochen fällt, während tuberculöse Osteiten nur ausnahmsweise vor dem zweiten Lebensjahre, meist zwischen dem zweiten und neunten

Jahre auftraten. In der Regel wird auch der gleichzeitige Zustand der Haut und Schleimhäute Anhaltspunkte für die Diagnose geben. Die Knochenaffectionen bei erworbener Syphilis haben mit der tuberculösen grössere Aehnlichkeit und gibt nur die Aetiologie, die Anamnese und der Allgemeinzustand der Diagnose Sicherheit. Die an sich ungünstige Prognose der tuberculösen Knochenleiden hängt in der Regel mehr vom Allgemeinzustande und den Mitteln, die Constitution zu verbessern, als vom Localleiden ab; Leberthran in Emulsion mit Syrupus opiatus bei Diarrhöe oder Syrupus Frangulae bei Verstopfung, oder Syrupus Tolutanus bei Bronchitis ist neben Spirituosen am besten zu verwenden.

Einen interessanten Fall von syphilitischer Pseudoparalyse beschreibt van Harlingen (27): Das Kind, von syphilitischen Eltern, kam wohlgenährt zur Welt, zeigte Papeln am After und Schnupfen am Anfang der 2. Woche, und 7—8 Wochen alt temporäre Lähmung des linken Beines mit Schwellung des Knies und darauf des linken Armes. Hierzu kamen häufige Anfälle von kurzdauerndem laryngealem Spasmus ohne Husten. Die Untersuchung ergab Verdickungen an den Humerusköpfen und im Verlauf des linken Humerus mit evidenter Epiphysentrennung, entsprechender Veränderung am rechten Humerus, beiden Unterarmknochen, den Hand- und Fusswurzelknochen und den Knochen beider Ober- und Unterschenkel.

Nach Galezowsky's Bericht (28) litt ein 12jähr. Knabe, dessen Vater syphilitisch gewesen war, an starkem Exophthalmus des linken Auges, Doppeltsehen, Ptosis des oberen Lides und Unbeweglichkeit des Bulbus, das nicht in die Orbita zurückgedrängt werden konnte, vermuthlich wegen eines Tumors. Jod brachte vollkommene Heilung.

Grünfeld behandelt (29) die Frage, ob die Vererbung der Syphilis in gewissen Fällen obligatorisch oder facultativ sei. Die einen behaupten nämlich, es bestehe die Möglichkeit der Immunität bei Kindern syphilitischer Eltern, so dass die Vererbung der Syphilis auf die Frucht nicht unbedingt stattfinden muss (facultativ). Dem entgegen glauben Andere und speciell Kassowitz, dass die facultative Vererbung vollkommen zurückzuweisen sei und dass eine Ausnahme nur dann allenfalls statthaft werde, wenn die Mutter während

der Schwangerschaft an Syphilis erkranke. In solchem Falle könne ein gesundes Kind geboren werden. Kassowitz führte zum Beweise seiner Behauptung 330 Geburten an.

Verf. theilt nun einen Fall mit, wo bei wohlconstatirter Syphilis des Vaters die Frucht von Syphilis verschont blieb. Das betreffende Kind ist jetzt zwei Jahre alt und wie seine Mutter vollkommen gesund geblieben. Der Vater war zur Zeit der Zeugung dieses Kindes mit einer in der Blüthe stehenden Syphilis seit $3^1/_2$ Monaten behaftet, an seinen Genitalien aber vollkommen gesund, da er sich seine Krankheit auf extragenitalem Wege erworben hatte. Der weitere Verlauf, welcher zwei Jahre lang genau beobachtet worden war, liess an der Richtigkeit der Beobachtung nicht den mindesten Zweifel. Das Kind blieb vollständig von Syphilis verschont und gegen die Syphilis des Vaters waren bisher keinerlei therapeutische Massregeln ergriffen worden.

30. Cooper. Die Behandlung schwer heilbarer, speciell syphil. Geschwüre durch Wasserbäder. (Lancet 24. Mai 1880.)

31. Mesterton. Ueber die Behandlung der Syphilis mit subcutan applicirten Quecksilberpräparaten. (Upsala läkareförens. förhandl. XV. 6, S. 421. 1880. — Schmidt's Jahrb. 5. 1880.)

32. Skrzeczka. Massregeln gegen die Verbreitung der Syphilis. (Vierteljahresschr. f. ger. Med. N. F. XXXII. 1. p. 130. Jan. 1880.)

Cooper (**30**) lässt Kranke mit syphilitischen Geschwüren 8—10 Stunden täglich im Bade von ca. 30° R., welches je nach der Stelle der Affection ein universelles oder locales ist, Abends wird irgend ein Deckmittel, am besten ganz fein gepulvertes Jodoform, applicirt; dasselbe am nächsten Morgen jedoch nicht entfernt, da ja spontane Losstossung im Bade erfolgt. — C. berichtet über 31 Fälle, die theils phagedänische, theils gangränöse, theils tertiär-syphilitische Ulcerationen am Penis, Scrotum oder den Inguinalgegenden betrafen und bereits tage- oder wochenlang vergeblich behandelt worden waren. In einzelnen setzte die neue Therapie dem fortschreitenden Zerfall des Geschwürsgrundes ein fast sofort eintretendes Ziel. — Länger als 12 Tage war in Verf. Fällen eine Fortsetzung der Behandlung nicht nöthig. In einzelnen ersetzte C. das Bad nach eingetretener Besse-

rung durch permanente Irrigation. — Besonders wird auch die schmerzlindernde Wirkung dieser Methode betont. (Die Methode ist nicht neu und von sehr ungleicher Wirkung. A.)

Mesterton ist der Ansicht (**31**), dass die reizenden Eigenschaften des Quecksilbers auf die organischen Gewebe für die subcutane Anwendung der Quecksilberpräparate ein Hinderniss seien. Ehe das Quecksilber resorbirt und in die Blutmasse aufgenommen werden kann, muss es sich mit Eiweiss zu einem Albuminat vereinigen. In so grosser Menge und so concentrirt, wie es die subcutane Anwendung verlangt, in das Parenchym eingeführt, muss es auf einem ganz kleinen Umkreise das dazu erforderliche Eiweiss suchen; es nimmt es, wo es sich zunächst findet, d. h. in den Elementen des lebenden, organischen Gewebes; diese werden dadurch zerstört, sie nekrotisiren, dadurch wird Entzündung und, wenn Nervenfasern von dem feindlichen Stoffe getroffen werden, heftiger Schmerz hervorgerufen. Bei der Räucherung und bei der Schmierkur wird das Quecksilber auf eine grosse Fläche vertheilt, es dringt langsam, allmälig in die Haut unter die Epidermis ein und versieht sich wahrscheinlich schon in den äussersten Lagen der Haut mit dem erforderlichen Eiweiss; die locale Reaction ist hier minimal, unmerklich. Auch wenn das Quecksilber per os eingeführt wird, kommt es mit der Schleimhaut der Verdauungswege in Berührung und findet das Eiweiss bereits an der Oberfläche, vielleicht auch in dem freien Inhalt der Höhlen, und die Resorption wird über eine colossale Fläche vertheilt im Vergleiche mit den Verhältnissen bei der subcutanen Injection.

Eine solche allgemeine Verbreitung, wie z. B. die Inunctionskur gefunden hat, ist deshalb für die subcutane Anwendung des Quecksilbers wohl kaum möglich, aber trotzdem muss man die Methode als einen ganz werthvollen Beitrag zur Therapie der Syphilis anerkennen. Durch ein geeignetes Präparat, sorgfältige Wahl der Injectionsstelle und andere Vorsichtsmassregeln kann man die locale Reaction vermindern und auch andere Nachtheile recht gut vermeiden. Die Erfahrungen der meisten unparteiischen Beobachter scheinen es an die Hand zu geben, dass eigentlich die zeitigen leichteren Exantheme für diese Methode sich am meisten eignen, während die Symptome der späteren Perioden sich hartnäckig zeigen. Gegen die erwähnten Symptome muss demnach die subcutane Quecksilberinjection ihre Anwendung finden, ihre Vortheile liegen in der raschen Wirkung, der Rein-

lichkeit der Innunctionskur gegenüber, der Schonung der Verdauung und der Bequemlichkeit der Anwendung.

Skrzeczka hat (**32**) aus dem Bereiche der sanitätspolizeilichen Thätigkeit des k. Polizei-Präsidiums zu Berlin im Jahre 1878 Mittheilungen über die Massregeln gegen ansteckende Krankheiten gemacht. Wir heben aus den Angaben über die Ueberwachung des Prostitutionswesens die neueren Einrichtungen hervor, welche durch die Praxis sich als erfolgreich gezeigt haben.

Es wird als eine der wichtigsten und schwersten Aufgaben angesehen, den Zeitpunkt zu bestimmen, wenn eine unregelmässig lebende Person als Prostituirte anzusehen und der Controle zu unterwerfen sei. Auf der einen Seite hat die Erfahrung gelehrt, dass die öffentliche Prostitution die Gefahr der Verbreitung der Syphilis in geringerem Grade in sich birgt, als die geheime, und letztere deshalb auf das strengste verfolgt werden muss. Auf der anderen Seite aber darf man die leichtsinnigen Personen, welche auf dem Wege zur Prostitution sind, bei denen aber noch die Möglichkeit einer vollständigen Rückkehr auf den rechten Weg bei durch die Umstände oft bedingter besserer Lebensstellung nicht selten vorhanden ist, ohne deshalb der geheimen Prostitution eine Concession zu machen, nicht der öffentlichen Prostitution in die Arme stürzen, indem sie „zu früh in die Liste der Prostituirten eingetragen werden". Nachdem die verschiedenen Warnungsmittel in Berlin in der umsichtigsten und ausserordentlich praktischen Weise angewendet worden sind, wird unter gewissen Formalitäten zu dem Acte geschritten, die lüderliche Person zur Prostituirten zu erklären. Es ist hierbei sehr praktisch, um solche Prostituirte von Berlin zu vertreiben und hierbei eine indirecte Verminderung der Prostitution zu erstreben, dass die Eltern oder nahen Angehörigen gleichzeitig benachrichtigt werden, dass sie im Falle der Erkrankung die nicht gerade unbedeutenden Kurkosten ihrer Verwandten zu bezahlen haben. Um solchen in der Regel nicht ausbleibenden Rechnungen für Kurkosten zu entgehen, ziehen die betreffenden Personen zu ihren auswärtigen Eltern, oder es lastet ein fortwährender Druck auf ihnen, welcher sie veranlasst, von Berlin wegzuziehen. Es folgen nun die ausführlichen localstatutarischen Bestimmungen in Bezug auf die Berliner Prostitution. Ein höchst beachtenswerther Fortschritt besteht darin, dass die öffentlichen Untersuchun-

gen der Dirnen nur in polizeilichen Localen stattfinden und nicht mehr in der Privatwohnung der Prostituirten abgehalten werden dürfen. (Wichtig erscheinen ferner die Vorschriften für die untersuchenden Aerzte, welche wir an Stelle unserer höchst primitiven Wiener Einrichtungen anempfehlen. A.)

Schliesslich geben wir noch die interessante Tabelle über die Gesammtsumme aller Prostituirten und die procentische Häufigkeit ihrer syphilitischen Erkrankung während eines Zeitraumes von 15 Jahren hier wieder. Sie enthält:

I. Die Zahl der eingeschriebenen Prostituirten; II. der darunter syphilitisch befundenen; III. Zahl der ausserdem syphilitisch befundenen Dirnen; IV. Gesammtzahl der syphilitisch Erkrankten; V. Procentzahl der syphilitisch eingeschriebenen Dirnen. Leider reicht die Tabelle nur bis zum Jahre 1869.

Jahr	I.	II.	III.	IV.	V.
1855	3428	942	405	1347	39·2
1856	3383	1109	551	1660	49·1
1857	3361	1067	434	1501	44·6
1858	3267	840	314	1154	53·4
1859	3217	603	358	961	29·8
1860	3290	448	432	980	29·7
1861	3236	448	542	1090	33·6
1862	3393	583	585	1168	34·4
1863	3447	505	425	1030	29·8
1864	3365	409	308	789	23·4
1865	1313	424	468	892	26·8
1866	3203	341	432	773	24·1
1867	3167	378	557	935	29·5
1868	2938	423	651	1074	36·5
1869	2782	519	840	1359	48·9

Buchanzeigen.

A Practical Treatise on Diseases of the Skin by Louis A. Duhring, Prof. of Diseases of the Skin in the Univ. of Pennsylvania, Philadelphia. II. Edition, revised and enlarged. Philad. J. B. Lippincott & Comp. 1881.

Eine zweite vermehrte Auflage des Duhring'schen Lehrbuches der Hautkrankheiten, dessen erste Auflage 1877 erschienen ist, hat soeben die Presse verlassen. Was wir in diesen Blättern über die erste Auflage zu sagen wussten, könnten wir der zweiten Auflage gegenüber nur verstärkt wiederholen, dass uns der Verfasser ein tüchtiges, klares, unbefangenes, den deutschen Anschauungen, besonders jenen Hebra's, Rechnung tragendes, den Schein übelangebrachter Gelehrsamkeit tactvoll vermeidendes und doch streng wissenschaftliches Lehrbuch geliefert hat, welches der amerikanischen Dermatologie zur Ehre gereicht. Die nächste Auflage des Buches wird sich hoffentlich der Reformbewegung, welche sich gerade in der letzten Zeit im System und den Anschauungen der Hebra'schen Richtung, aber theilweise ihr entgegentretend, geltend macht, anschliessen, was freilich in dieser zweiten Auflage nicht mehr geschehen konnte. Um auf den Umfang der neuen Arbeit, welche der Verf. der zweiten Auflage widmete, hinzudeuten, wollen wir zum Schlusse jene Capitel aufzählen, welche in derselben neu erscheinen. Ihre Themata sind: Uridrosis, phosphorescirender Schweiss, Urticaria pigmentosa, Dermatitis circumscripta herpetiformis, Impetigo herpetiformis, Pityriasis maculata et circinata, Dermatitis exfoliativa, medicamentosa, gangraenosa, papillaris capillitii, Neoplasma fungoides, Tuberculosis cutis, Podelcoma, Ainhum, Ulcus perforans pedum, Myoma cutis. Zahlreiche andere Capitel wurden erweitert und ergänzt.

Die Ausstattung ist vortrefflich. Auspitz.

Die Endoskopie der Harnröhre und Blase von Dr. Josef Grünfeld in Wien. Deutsche Chirurgie, herausgegeben von Billroth und Luecke, 51. Lieferung. Stuttgart 1881.

Besprochen von Dr. Gschirhakl in Wien.

Die verhältnissmässig geringe Verbreitung, sowie der noch minder allgemein anerkannte Werth der Endoskopie als einer wissenschaftlich verwendbaren Untersuchungsmethode mögen es rechtfertigen, wenn wir im Folgenden das vorliegende Buch G.'s einer ausführlichen Besprechung unterziehen und dies um so mehr, da dasselbe als integrirender Bestandtheil der „Deutschen Chirurgie" erscheint.

Nach einer ausführlichen Literaturangabe schickt G. im „allgemeinen Theile" eine Einleitung voraus, in der die in dieser Untersuchungsmethode gelegenen Schwierigkeiten erörtert werden, die auch das relative Brachliegen dieses Gebietes erklären. Auf diese einleitenden Bemerkungen folgt ein kurzer Abriss über die Grundidee der Endoskopie.

Im Cap. II wird die Geschichte der Endoskopie in Kürze behandelt; der in technischer Beziehung gewiss höchst anerkennenswerthen endoelektrischen Beleuchtungsmethode nach Nitze-Leiter wird nur mit wenigen Zeilen erwähnt. Hierauf folgt im Cap. III eine technische Besprechung der bis nun üblichen Beleuchtungsapparate zu endoskopischen Zwecken, um hiemit die Wichtigkeit der Trennung der drei Bestandtheile (Beleuchtungsquelle, Reflector und Tubus) zu begründen. Die weitläufige Art und Weise, wie dies von G. durchgeführt wurde, dünkt uns in unserer Zeit durchaus nicht mehr nothwendig, da das erwähnte Princip als allgemein anerkannt keiner weiteren Fürsprache bedarf. Auch die im §. 11 dieses Capitels detaillirten verschiedenen Anwendungsarten der Leuchtquellen verdienten keiner besonderen Erwähnung, da dieselben mit Ausnahme des Punktes 3 aus den früheren Paragraphen dieses Capitels von selbst resultiren.

Das Cap. IV führt die Ueberschrift „Mein Beleuchtungsapparat." Der mit G.'s Arbeiten nicht vertraute Arzt, der sagen wir, alle anderen modernen Verwendungsmethoden des reflectirten Lichtes kennt und nun auch die Absicht hätte, die Endoskopie in Angriff zu nehmen, wird gewiss beim Durchlesen des vorliegendes Buches nach diesen zwei Worten stillstehen und voll der Neugierde sein, zu erfahren, welch neue Beleuchtungsmethode, welch neuen Apparat G. hiezu verwen-

det. Enttäuscht wird er sicher nach dem Lesen des §. 12 wieder innehalten, da er hieraus erfahren, dass G. keine anderen Beleuchtungsapparate in Verwendung zieht, als einen Reflector und eine Lichtquelle, somit Behelfe, wie solche Reder (1868) 4 Jahre vor Grünfeld (1872) zu endoskopischen Zwecken bereits anwandte, „da er sich eben den Beleuchtungsmodus des Laryngoskops zum Muster nahm.“ (l. p. 7. Zeile 4 von unten.) Der supponirte lernbegierige Anfänger wird hiedurch vielleicht zu der Erklärung gelangen, dass hier nur ein Druckfehler obwalten könne, umsomehr, da er auf pag. 8, Zeile 9 von oben gelesen, dass G. „den in der Laryngoskopie üblichen Reflector als Beleuchtungsapparat adoptirt habe,“ eine Erklärung, bei der gewiss Beleuchtungsapparat (Leuchtquelle und Reflector) sowie auch Dr. Grünfeld selbst besser wegkommen, als bei jeder anderen; aus diesem Grunde wollen auch wir sie acceptiren. So richtig die im §. 19 gemachten Mittheilungen über die bei endoskopischen Untersuchungen massgebenden optischen Verhältnisse sind, so hätte doch unserem Ermessen zufolge eine kurze Andeutung der wichtigsten Fragen vollkommen genügt.

Das Cap. V „Vergleichender Werth der einzelnen Beleuchtungsapparate“ wiederholt bereits früher Gesagtes.

Die historische Abhandlung über die endoskopischen Sonden (Cap. VI) bietet geschichtlich Werthvolles; befremdend erscheint uns nur die auffallend knappe Form in der Mittheilung über die von anderer Seite proponirten dilatablen Endoskope, da nach unserer Meinung solchen Endoskopen für gewisse Harnröhrenpartien und bei bestimmten Indicationen volle Berechtigung zukommt.

Cap. VII „Meine endoskopischen Instrumente.“ Wenn wir auch gerne zugeben, dass G. durch die von ihm erzielte Vervollkommnung der endoskopischen Tuben sich ein grosses Verdienst um die in Frage stehende Untersuchungsmethode erworben hat, so können wir doch nicht umhin, unserer Meinung hierüber Ausdruck zu geben, dass ein so geartetes Hervorkehren persönlicher Verdienste am allerwenigsten am Platze sei in einem Werke von so wissenschaftlicher Bedeutung, wie dies die „Deutsche Chirurgie“ ist. Umsoweniger finden wir aber eine Veranlassung und Berechtigung zu dem so prononcirten „Mein“ — da G. selbst im letzten Absatze der pag. 31 sagt: „Schliesslich sei noch zu bemerken, dass die von mir verwendeten Endoskope zum Theil auch bei anderen Autoren im Gebrauche waren; ich habe

blos zwei neue Formen construiren lassen, während ich die anderen nur in technischer Beziehung vollkommener ausführen liess."

Wie bekannt, verwendet G. fünferlei Endoskope mit Präcisirung specieller Indicationen. Da nach unseren Erfahrungen das einfache (gerade offene) Endoskop zu urethroskopischen Zwecken vollkommen ausreicht, können wir auch den anderen von G. angegebenen und construirten Tuben für die Urethroskopie keine Existenzberechtigung zuerkennen. So ist es uns nicht einsichtlich, warum und wann „das gekrümmte Endoskop mit Conductor" das lediglich „zur Besichtigung der unteren Harnröhrenwand dient," in sein ausschliessliches Recht treten soll und wird, wenn dem Untersucher das einfache Endoskop zur Verfügung steht, das die Mucosa urethrae in ihrem ganzen Querschnitt, somit auch deren untere Wand präsentirt? Oder soll der fragliche Tubus vermöge seiner Krümmung besser als das einfache Endoskop diesem Zwecke dienen in den hinteren Harnröhrenabschnitten?

Diese Annahme kann wohl nicht zutreffen; die Insinuation einer so beschränkten Anwendungsweise des gekrümmten Endoskopes mit Conductor, lediglich für die Pars membran. und prost., wird berechtigterweise auch G. zurückweisen, da in der Hand eines geübten Endoskopikers gekrümmte und gerade Tuben gleichwerthig sein müssen!

Welche Anzeigen ergeben sich nun aber für die gefensterten Endoskope zum Zwecke der Untersuchung einer Harnröhrenschleimhaut? Die trüben Bilder, die man durch gefensterte Tuben, trotz aller Vorsicht, beim Bestreichen derselben nur Glycerin und ja kein Fett auf das Fenster zu bringen, erhält, sind keine im Wege des „Raisonnement beim Schreibtische" construirten Illusionen, sondern sie bestehen wirklich, und lassen sich mit den durch einfache Endoskope gewonnenen Bildern in keine Parallele stellen. Auch die Präventivmassregel, das Fenster nicht mit Oel oder Fett zu bedecken, versagt nach unserer Ansicht ihre Wirkung, da das Fenster entweder von dem im Harnröhrenlumen befindlichen Schleim, Eiter etc. oder auch mit dem von dem vorangehenden Tubusende abgestreiften Fette natürlicherweise überzogen wird. Zu dem entbehren wir bei der Anwendung gefensterter Endoskope all' jener actuellen Vorgänge der lebenden Schleimhaut, die nahezu ausschliesslich den Endoskopiker die Diagnose — ob normal oder pathologisch — stellen lassen. Nur dem Fensterspiegelendoskop können wir eine beschränkte Verwendbarkeit für jene Fälle zuerkennen, wo die Harnröhre in ihrem Längsschnitte untersucht werden

soll und das hiebei erhaltene Bild die bereits durch die quere Untersuchung der Harnröhre gewonnenen Resultate vervollständigen mag. All das über die gefensterten Tuben Gesagte beziehen wir — wir bemerken dies ausdrücklich — nur auf ihre Verwendbarkeit in der Urethroskopie; zur Untersuchung der Blase bedienen wir uns gleich G. mit Vortheil dieser drei gefensterten Endoskope, die in combinirter Anwendung fast die gesammte Blasenschleimhaut zur Ansicht gelangen lassen.

Im Cap. VIII versucht G. die Indication für diese einzelnen Tuben festzustellen. Unsere Erfahrungen und Ansichten hierüber brachten wir soeben zur Mittheilung.

Cap. IX dünkt uns ganz überflüssig, da naturwissenschaftliche Untersuchungsmethoden nicht im Wege einer oratio pro domo sondern nur durch positive Leistungen gefördert und verbreitet werden.

Im Cap. X gelangen jene Körperhöhlen und Canäle zur Aufzählung, die überhaupt endoskopirt werden können. Die zum Endoskopiren nöthigen Vorübungen für Anfänger können nach G. mit Vortheil (Cap. XI) an einem Phantom vorgenommen werden; wir unsererseits können solchen Vorübungen wenigstens an dem beschriebenen „Phantom der Blase“ keinen besonderen Werth beimessen, da Jemand, der mit dem Kehlkopf-Augenspiegel zu hantiren weiss, was sich eben als Forderung ergibt, der genannten präparirenden Uebungen nicht bedarf.

Die im Cap. XII beschriebenen optischen Vorrichtungen werden mit allzu grosser Ausführlichkeit behandelt; andererseits erfährt der §. 52 dieses Cap., der den Myopikern und Hypermetropen praktische Rathschläge ertheilen soll, behufs Correction des betreffenden Refractionszustandes, eine verhältnissmässig zu cursorische Behandlung.

Mit den im Cap. XIII ausgesprochenen Principien der Lagerung eines endoskopisch zu Untersuchenden erklären wir uns nicht einverstanden und dies um so weniger, da diesen Grundsätzen in etwas unklarer, sich selbst widersprechender Weise Ausdruck gegeben wird. So lesen wir auf pag. 59, Zeile 7 von oben: „Die endosk. Untersuchung hat in der Rückenlage stattzufinden, wenn — — — beim Manne die tieferen Theile der Harnröhre der Blase zu exploriren sind“; bald darauf (pag. 60 in der Mitte) sagt G.: „beim sitzenden Patienten untersuche ich die Harnröhre in der Pars pendula, im Bulbus und sogar einen Theil der Pars membranacea“, und weiters finden wir pag. 61, Zeile 5 von oben: „für die Untersuchung tieferer Partien

der Harnröhre wird der in sitzender Stellung Untersuchte — — — etc.“

Nach dem Gesagten vermissen wir in G.'s Angaben eine präcise Formulirung der jeweiligen Indication für die sitzende oder die Rückenlage, trotzdem G. diesen Fragen nahezu fünf Seiten zu widmen für angezeigt hält.

Im Cap. XIV werden die üblen Zufälle bei den endoskopischen Untersuchungen besprochen, in gleichfalls detaillirter Weise; die in §. 60 dieses Cap. angeführte Angabe, drohende synkopische Anfälle der Untersuchten seien aus dem endoskopisch nachweisbaren Farbenwechsel zu erkennen, waren wir zu constatiren nicht so glücklich.

Mit diesem Cap. gelangt der Allgemeine Theil zum Abschluss; der specielle Theil umfasst 1. die Endoskopie der Harnröhre und 2. die Endoskopie der Blase.

Die zuerst im Cap. XV erörterten technischen Verhältnisse jeder endoskopischen Untersuchung hätten vielleicht passender Weise dem Cap. XVI d. i. der Mittheilung der „Befunde der normalen Urethra“ eingefügt werden können, zum mindesten jedoch keiner so weitläufigen Auseinandersetzung bedurft. Wir verzichten auf eine Besprechung der hiebei von G. genauest erörterten Technik der Handhabung und Einführung „seiner“ Tuben, da wir nur das bereits bei den Cap. VII und VIII Erwähnte wiederholen können. Bemerken wollen wir noch, dass wir zu unseren Untersuchungen statt des G.'schen einfachen Tubus mit unvergleichlich besserem Erfolge das von Steurer angegebene Endoskop benützen, da die an demselben angebrachte Platte die Compression der Pars cavernosa besser bewerkstelligt als der einfache Trichter bei G.'schen Tuben und dies um so mehr, da hinter diesem Trichter auch noch Zeige- und Mittelfinger der untersuchenden Hand, wenigstens während der Einführung, Platz finden müssen.

Haben wir schon früher vergebens nach topographisch-anatomischen Daten gefahndet, so können wir nun, wo wir beim Cap. XVI, d. i. der Mittheilung der Befunde der normalen Urethra angelangt sind, nicht umhin, unserer Verwunderung Ausdruck zu geben, dass es G. unterlassen, jene anatomischen Verhältnisse der Harnröhre, insoweit sie die antrograde Untersuchung derselben beeinflussen und insoferne die normalen Harnröhrenbilder ihre Erklärung hiedurch finden, wenn auch nur skizzirt, zu erwähnen.

Die der männlichen Harnröhre beigegebenen Adnexe als: die Muskeln (Sphincter internus et externus, m. bulbocavernosus) und die Schwellkörper (Bulbus urethrae) bestimmen eben dominirend den Charakter der differenten Bilder der einzelnen Harnröhrenbezirke. Deren Einfluss erklärt uns ganz evident das Vorhandensein gewisser Typen, die unter normalem Verhältnisse an gewisse Harnröhrenabschnitte stricte gebunden sind. Wir unserseits waren vom Anbeginn unserer endoscopischen Untersuchungen bemüht, diese Verhältnisse festzustellen und ist uns dies auch gelungen. Als erste Bedingung der Wahrnehmung dieser Typen gilt jedoch das strenge einzuhaltende Princip einer präcisen axialen Einstellung des Tubus bei der antrograden Besichtigung der Schleimhaut. Auch G. anerkennnt die Berechtigung dieser Forderung, jedoch, wie wir glauben, nur — theoretisch. Denn diesem Postulate wird gewiss nicht entsprochen, wenn, wie wir auf pag. 61, Zeile 21 von oben lesen: „das früher horizontal gehaltene Instrument bei der allmäligen Extraction bis zur Pars membranacea und bis zum Isthmus diese Richtung nicht behalten kann, sondern dessen Ocularende **mit Gewalt** nach oben steigt.“ Dieser „Gewalt“, d. i. der combinirten Wirkung der m. m. Sphincter externus und bulbocavernosus zu begegnen, erachten wir als die dringendste Forderung bei der Extraction des Tubus, wenn die so scharf charakterisirten und geradezu typischen Bilder der normalen Pars membranacea, des Isthmus urethrae (sensu stricto) und der Pars bulbosa zur Ansicht gelangen sollen. Um dies zu erreichen, um den Tubus stricte in der Axe der Harnröhre, aus deren häutigem Theile in die Pars bulbosa zu extrahiren, bedarf es allerdings eines gewissen, jedoch leicht bemessbaren Grades von „Gegengewalt“.

Wir können nicht umhin, der eminenten Wichtigkeit dieser Forderung ganz besonderen Ausdruck zu geben, da die hiedurch gewonnenen Bilder nicht allein in den anatomischen Verhältnissen ihre vollkommene Erklärung finden, sondern diese Ergebnisse auch ein praktisches Interesse haben.

Dem Gesagten zufolge wird es daher nicht überraschen, wenn wir hier ausdrücklich hervorheben, dass mit Ausnahme des von G. gelieferten Bildes der Mucosa der Pars pendula unsere Untersuchungen ganz andere jedoch constante Bilder der darüber hinaus gelegenen normalen Harnröhrenabschnitte lieferten, und dass wir das im §. 91 beschriebene Bild (Taf. I, Fig. 18) als ein irriges bezeichnen, da das-

selbe als solches nur bei excentrischer Einstellung des Tubus gewonnen werden konnte. Auch der geschilderte Typus des Schleimhautbildes der Pars membranacea (§. 92) entspricht nach unseren Erfahrungen nicht diesem Harnröhrenabschnitte, sondern ausschliesslich und geradezu charakteristisch der Pars bulbosa. Der knapp bemessene Raum einer Recension gestattet uns nicht unsere diesbezüglichen Erfahrungen hierorts ausführlich mitzutheilen, sondern müssen wir uns mit dem Hinweis auf unsere vorausgegangenen Publicationen (Vierteljahresschrift für Dermat. u. Syphilis 1878, 3. Heft und Mittheilungen d. W. med. Doctoren-Collegiums S. 341) begnügen.

Erwähnen wollen wir nur noch, dass sich in diesem Cap. XVI pag. 88, klein gedruckt folgende Bemerkung vorfindet: „Nur Auspitz schlug die Verbesserung in ‚Centralfigur' vor, was von wohlwollender Seite als ein Verdienst consequent citirt wird." Wenn wir auch nicht bestimmt wissen, wem dieses Wohlwollen für Auspitz's „Centralfigur" vindicirt wird, so halten wir uns doch für berechtigt, mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass G. sich selbst des Wohlwollens für die „Centralfigur" und für Auspitz zeihe, denn wir bemerken auf pag. 136 ungefähr in der Mitte ganz deutlich, dass G. den Terminus technicus „Centralfigur" gebraucht; wir unsererseits bekennen uns offen des Wohlwollens für diesen Terminus, da er eben für alle Fälle passend und grammatikalisch richtiger ist als die Bezeichnung „centrale Figur."

Die im Cap. XVII gebotene Beschreibung des endoskopischen Bildes der Morgagni'schen Taschen liefert Gutes und Werthvolles; die entsprechende Illustration jedoch, (Taf. I, Fig. 10) entspricht keinem normalen Befunde, sondern einer katarrhalisch erweiterten Morgagni'schen Tasche.

Cap. XVIII: „Endoskopische Untersuchung des Samenhügels." Grünfeld gebührt das unstreitbare Verdienst, den Samenhügel endoskopisch zuerst wahrgenommen zu haben und muss ihm Jeder hiefür Dank wissen, der weiss, wie schwer endoskopische Befunde der Pars prostatica zu deuten sind. Die einzelnen Bilder, die der Leser vom Coll. seminalis gewinnt, sind gut charakterisirt — nur würden wir, wie an anderen Orten, so auch hier eine knappere Form der Darstellung wünschen, dies umsomehr, da uns schon der §. 90 des Cap. XVI mit den endoskopischen Charakteren des eingestellten Colliculus bekannt gemacht hat.

Weniger des praktischen Bedürfnisses als der Vollständigkeit halber finden wir im Cap. XIX die Autoendoskopie der männlichen Harnröhre behandelt.

Auf diese in den erwähnten Capiteln besprochenen normalen Untersuchungsergebnisse lässt G. im Cap. XX die Skizzirung der endoskopischen Localtherapie mit einer ausführlichen Beschreibung des hiezu dienenden, von ihm gebrauchten Instrumentariums folgen. Mit Ausnahme des Wattetamponträgers, der wie bekannt, auch zur Reinigung des normalen Sehfeldes dient, dürften unserer Ansicht gemäss die anderen angeführten Instrumente, die ja medicamentöse Applicationen zum Zwecke haben, passender erst nach der geschehenen Mittheilung pathologischer Befunde ihren Platz finden. Diese einzelnen Instrumente selbst betreffend, genügt nach unserer Meinung für alle derartigen Applicationen der Wattetamponträger (für flüssige Mittel) und der Aetzmittelträger (für Aetzmittel in Substanz). Die übrigen von G. beschriebenen Instrumente: Aetzpinsel, Pulverbläser dürften, und vielleicht auch nur für G., historisches Interesse haben.

Mit dem Cap. XXI beginnt die Mittheilung der praktisch wichtigeren Fragen, d. i. der pathologischen Befunde.

Nach einigen werthvollen einleitenden Bemerkungen über den Werth des endoskopischen Studiums und der Therapie bei pathologischen Veränderungen der Harnröhrenschleimhaut überhaupt theilt G. die von ihm constatirten Befunde bei den einzelnen Entzündungsformen der Mucosa urethrae mit.

Die diesbezüglichen Beschreibungen der endoskopischen Bilder bei der Urethritis blennorrh. und bei der U. membranacea werden auch durch unsere Erfahrungen bestätigt; differente Resultate lieferten jedoch unsere endoskopischen Untersuchungen bei den sog. chronischen Tripperformen, Resultate, welche die von Auspitz (Vierteljahresschrift für Derm. u. Syphil. 1. Heft 1879) gemachten Angaben vollkommen bestätigen.

Wenn wir auch der eventuellen Forderung des Lesers, zu erfahren, welche Stellung der Referent in diesen wichtigen Fragen einnimmt, ihre volle Berechtigung zuerkennen müssen, und wenn wir selbst auch gerne dieser stillen Aufforderung nachkommen würden — so müssen wir doch mit Rücksicht auf die engen Grenzen, die einer Recension gezogen sind, vorläufig hievon Abstand nehmen. Wir beschränken uns vielmehr darauf, anzuzeigen, dass wir in einer im nächsten Hefte

dieser Vierteljahresschrift erscheinenden ausführlichen Arbeit unsere Ansichten über das fragliche Capitel auf Grund eigener Erfahrungen niederlegen werden.

Der Leser mag dann auf Grund der bis nun erschienenen Arbeiten emsig untersuchen und sein eigenes Urtheil gewinnen. Bei der unbestreitbar grossen Erfahrung G.'s lassen sich die von ihm gewonnenen Resultate nicht mit wenigen Worten aburtheilen und wird unserer Ansicht nach durch die objective Mittheilung der eigenen, wenn vielleicht auch differenten Untersuchungsergebnisse der Sache mehr genützt, als durch eitles Wortgeplänkel. Dann mag der anerkannt gewiss beste Kritiker, d. i. die Zeit ihr Urtheil fällen.

Nur betreffs der als 5. Erkrankungsspecies aufgestellten Urethritis herpetica müssen wir erwähnen, dass auch wir in der Lage waren, solche Efflorescenzen endoskopisch zu constatiren; differirend von G.'s Angaben sei erwähnt, dass bei unseren Befunden die Basis solcher Geschwüre nie „blass", sondern hell- bis dunkelroth sich präsentirte; auch bedurften dieselben zu ihrer Heilung keines „stärker wirkenden Medicamentes", sondern sie heilten spontan. Das für diese Erkrankungsform von G. bezogene Bild (Taf. II, Fig. 54) macht auf uns den Eindruck, als ob es mit dem Fensterspiegelendoskop gewonnen wäre, zufolge seiner Aehnlichkeit im Farbentone mit den Bildern 32 und 33 — ein Untersuchungsbehelf, dem wir speciell für diesen Zweck, für die Erkenntniss so minutiöser Details jeden Werth absprechen müssen.

Im Cap. XXII werden die Erosionen und Geschwüre der Harnröhre behandelt. Von Geschwüren beobachtete G. solche „mit einem dünnen graulichweissen Ueberzuge, der nach vollkommener Abtrocknung des Sehfeldes noch haften bleibt" — — — „zuweilen existirt gar keine Niveaudifferenz." Ein solches in der Fig. 15 schematisch dargestelltes Geschwür, das G. im November 1877 in der Gesellschaft der Aerzte demonstrirte, und das „ganz oberflächlich war", würden wir ebenso wie bei der damaligen Demonstration auch jetzt nicht als Geschwür sui generis ansprechen. Weiters erwähnt G. der von ihm auf der Harnröhrenschleimhaut endoskopisch nachgewiesenen Schankergeschwüre und Sklerosen. Bemerken müssen wir für unseren Theil und unser Befremden hierüber äussern, dass G. gewisser Substanzverluste nicht Erwähnung thut, die bei chronischen Urethritiden so häufig beobachtet werden und die sich als deutliche Substanzverluste

mit scharfem Contour und gewöhnlich schwarzbraunem Grunde präsentiren — wir deuten sie als katarrhalisch erweiterte Lacunae Morgagni. — Im Cap. XXIV wird der Tripper vom endoskopischen Standpunkte beurtheilt und finden wir daher bereits früher Gesagtes wieder erwähnt.

Die in Cap. XXIII besprochenen Epithelialauflagerungen und Narbenbildungen an der Harnröhrenschleimhaut konnten auch wir wiederholt constatiren. Die vom Verfasser gebotene Darstellung der Bilder lässt sich als eine gelungene bezeichnen.

Das Cap. XXV behandelt die endoskopische Therapie des Trippers mit genauer Präcisirung der Indicationen für stärkere und schwächere Aetzmittel und zweckentsprechende Reizmittel (Jodkalijodglycerin).

Eine ausführliche Besprechung erfährt das Capitel „Stricturen der Harnröhre“ im Cap. XXVI; vorerst werden die differenten Bilder der callösen Schleimhaut, insoweit Alter, Localisation etc. dieselben modificiren, besprochen, sodann die Befunde nach erfolgter Dilatation erwähnt, und hierauf als therapeutisches Verfahren die endoskopische Sondirung und die endoskopische Urethrotomie gewürdigt. Wenn wir auch die Grenzen der Endoskopie bei Stricturen etwas enger ziehen als der Verfasser, indem wir einerseits nur bei excentrischem Entrée der Strictur die endoskopische Sondirung in ihr Recht treten lassen und andererseits bei dilatirten Stricturen mit Vortheil die locale endoskopische Nachbehandlung anwenden und empfehlen, so müssen wir doch unsere Uebereinstimmung mit den von G. über den perfecten Callus (§. 168, c) gelieferten Daten dieses Capitels aussprechen; wesentlich andere Ergebnisse lieferte uns jedoch, gleich Auspitz, die Endoskopie der Vorstadien des perfecten Callus und wollen wir vorderhand nur auf das beim Cap. XXI Erwähnte hinweisen. Betreffs der Intraurethrotomie, die wir in einem Falle endoskopisch ausführten, sei nur erwähnt, dass in diesem Falle die eingetretene Blutung den gewünschten klaren Ueberblick über das Operationsfeld wesentlich beirrte.

Ganz neues bringt uns das Cap. XXVII: „Affection des Samenhügels und seiner adnexen Theile.“ G. unterscheidet „Hyperämie, katarrhalische Schwellung und Hypertrophie des Samenhügels“ und präcisirt deren angebliche charakteristische endoskopische Erscheinungen. Wir sind derzeit nicht in der Lage, hierüber schon ein Urtheil zu fällen und behalten uns dies für eine spätere Zeit vor.

Das Capitel der Polypen der Harnröhre (Cap. XXVIII) ist ausführlich bearbeitet — sowohl deren Symptomatologie wie auch deren Behandlungsweise durch operatives Vorgehen ist in höchst belehrender Weise ausgeführt und gewiss für alle Fälle zutreffend. Nur dem in einem Falle von G. gehandhabten Verfahren, zur Feststellung der zweifelhaften Diagnose zwischen Samenhügel und Polypen ein Stückchen des dubiosen Tumors abzutragen, können wir nicht das Wort reden.

In den letzten drei Capiteln dieses Abschnittes wird weiters ein Fall von endoskopisch diagnosticirtem Carcinoma urethrae angeführt, hierauf werden die endoscopischen Charaktere der gewiss nicht selten Divertikel, Klappen und Erweiterungen der Harnröhre mitgetheilt. Bei dem einen erwähnten Falle einer Harnröhrenerweiterung vermissen wir die positive oder negative Angabe, ob Blennorrhöen vorausgegangen waren?

Zum Schlusse dieses Abschnittes geschieht der endoskopischen Charaktere der Fistelgänge Erwähnung. Wir vermissen hiebei die Angaben über die nothwendigen therapeutischen Massnahmen, wobei gewiss in manchen Fällen (wie wir dies bei einem Kranken selbst beobachteten) die Verwendung des Endoskopes sich bewähren wird.

Der zweite Abschnitt des speciellen Theiles macht den Leser mit endoskopischen Befunden der normalen und der kranken Blase bekannt. Die mit dem gekrümmten und dem geraden gefensterten Endoskop vorzunehmenden Explorationen der normalen Blasenwände beim Manne liefern die bekannten Bilder, die jedoch nur mittelst stärkerer Beleuchtung (Sonnenlicht) scharf zur Wahrnehmung gelangen; für die Cystoskopie beim Weibe genügt die gewöhnliche Lichtintensität.

Die in den Cap. XXXIII und XXXIV gemachten Mittheilungen über die endoskopische Einstellung der Mündung der Uretheren sowie die Anleitungen zur Sondirung der Harnleiter können dermalen blos theoretisches Interesse beanspruchen.

Die hier angefügten endoskopischen Befunde bei Blasenkatarrh (Cap. XXXV) sind genau wiedergegeben; „Rhagaden an der Blasenmündung der Urethra“ zu constatiren, waren wir bisher nicht in der Lage.

Bei Blasensteinen (Cap. XXXVI) wird das Endoskop, wie G. richtig hervorhebt, gewiss in manchen Fällen über Farbe, Oberfläche, Form, Ausdehnung etc. des Steines weitere Aufschlüsse bieten, die die bereits gestellte Diagnose vervollständigen werden; minder belangreich

weil minder zuverlässig, erweist sich die cystoskopische Untersuchung bei Blasenscheidenfisteln (Cap. XXXVII). Auch für die Besichtigung von Fremdkörpern in der Harnröhre und Blase (Cap. XXXVIII) und deren Extraction dürfte dem Endoskope nur eine untergeordnete Verwendbarkeit zukommen. Ebenso wie wir etwaige Vorübungen des Anfängers am „Phantom der Blase“ für überflüssig halten, so können wir auch den endoskopischen Untersuchungen an der Leiche, zum Zwecke der Vorbereitung für den Untersucher, keinen positiven Werth beimessen aus denselben Gründen, die G. im Cap. XXXIX anführt.

Der Vollständigkeit halber werden zum Schlusse der ganzen Arbeit als Anhang die endoskopischen Ergebnisse bei der Untersuchung der Uterushöhle, des Mastdarmes, der Phimose, von Schusskanälen, erkrankten Höhlen, sowie auch der Harnblase bei Thieren in Kürze erwähnt. Zum Zwecke der Veranschaulichung der so differenten endosk. Bilder sind dem Werke 108 chromolithographische Abdrücke von Originalaufnahmen beigegeben. Wenn wir auch aus eigener Erfahrung wissen, dass solche Abdrücke die feineren Nuancen eines endosk. Bildes nur ungenau wiedergeben, so glauben wir doch zum mindesten eine richtige Wiedergabe des Farbentones von denselben fordern zu können. Leider ist dies bei vielen derselben nicht der Fall; es sind Farbennuancen zum Ausdrucke gebracht, die der Wirklichkeit durchaus nicht entsprechen und hiedurch den Zweck dieser Bilder, den Text zu versinnlichen, wesentlich alteriren. Ein Nachtheil, der unseres Ermessens den jeden Behelf verwerthenden Anfänger in der Endoskopie nicht unerheblich beirren wird.

Hiemit zum Schlusse gelangt, haben wir noch die Pflicht, in gedrängter Kürze den Werth sowie den Charakter dieser Arbeit zu beurtheilen.

Mit Bezug auf die bei den einzelnen Capiteln gemachten Bemerkungen wollen wir nur erwähnen, dass das ganze Werk an einer unmotivirten Breite leidet; insbesondere werden hievon, wie erwähnt, der allgemeine Theil sowie die „normalen endoskopischen Befunde“ betroffen. Auf ein Drittel reducirt, würde nach unserer Ansicht das Buch bedeutend gewonnen haben.

Des ungeachtet müssen wir der Wahrheit Zeugniss geben, indem wir ausdrücklich hervorheben, dass der anerkennenswerthe Fleiss des Verfassers, der wenigstens in den letzten Jahren nur über ambulatorisches Krankenmateriale verfügte, alle Anerkennung und Förderung

verdient; aus diesem Grunde schon wünschen wir, dem neuen Werke möge es gelingen, die bis nun nur zu bescheidene Anzahl von Anhängern dieser neuen Doctrin zu vermehren.

Varia.

Die Leitung der durch den Tod Prof. v. Hebra's in Erledigung gekommenen Klinik für Hautkrankheiten an der Wiener Universität ist dem Prof. Dr. Moriz Kaposi, welcher dieselbe interimistisch besorgt hatte, definitiv übertragen worden.

Internationaler medicinischer Congress in London am 2.—9. August 1881. Section XI: Hautkrankheiten. E. Wilson, Präs. Dr. Cheadle und Dr. Liveing, Vice-Präs. Dr. Cavafy und Dr. Thin, Secretäre. Provisorische Liste von Fragen, die zur Discussion vorgeschlagen werden:

1. Ueber das Verhältniss der constitutionellen Krankheiten zu Hautkrankheiten.
2. Ueber die Natur und die Behandlung von Lupus erythematosus.
3. Ueber den Einfluss, welchen das Klima, die Verschiedenheit der Racen und die Lebensweise auf die Hautkrankheiten haben können.

Alle auf Section XI bezüglichen Mittheilungen müssen an einen der Secretäre der Section adressirt werden.

Dr. Cavafy,
2, Upper Berkeley Street,

Dr. Thin,
22, Queen Anne Street, London W

Bibliographie des Jahres 1880.

Dermatologie.

Zweites Verzeichniss.

(Fortsetzung von Jahrg. 1880 pag. 601 ff.)

Ainsworth, F. C., Ueber Behandlung des übelriechenden Fussschweisses. New-York med. Record XVIII. 14; Oct.

Anderson, M'Call, Ueber Tinea imbricata oder Herpes desquamans. Edinb. med. Journ. XXVI. p. 204. Sept.

Atkinson, J. E., Fall von unvollständ. Vitiligo. Transact. of the Amer. dermatol. Soc. p. 41.

Baader, A., Die Specificität der Varicellen. Schweizer Corresp.-Blatt X. 19. 20.

Bergh, R., Bericht über die II. Abtheilung für venerische und Hautkrankheiten im allgem. Hospital in Kopenhagen für 1879. Hosp.-Tidende 2. R. VII. 30—33.

Bethune, George A., Ueber Eczem. Boston med. and surg. Journ. CIII. 6. p. 127. Aug.

Beyfuss, G., Fall von Calomel-Exanthem. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië. N. S. IX. 3 en 4. p. 145.

Bidenkap, Fälle von Variola. Norsk. Mag. 3. R. X. 9. Forh. Seite 146.

Bock, Emil, Ueber ein Adenom d. Talgdrüsen. Virchow's Arch. LXXXI. 3. p. 503.

Byers, John W., Fall von Pityriasis rubra, in Verbindung mit Ichthyosis. Med. Times and Gaz. Sept. 25.

Cappo, Ercolano, Ueber d. Pellagra b. Cremona. Ann. univers. Vol. 251. p. 513. Giugno.

Cavafy, John, Acutes Eczem d. Gesichts nach Neuralgie. Brit. med. Journ. July 24.

Charbonnier, Ueber zwangsweise Vaccination. Presse méd. XXXII. 32.

Demiéville, Paul, Ueber d. Pigmentfläche d. Haut. Virchow's Arch. LXXXI. p. 333.

Dreising, Ulr. Gotthard, Zur Pathologie der erysipelatösen Infection. Inaug.-Diss. Berlin 1879. 8. 30 S.

Duhring, Louis A., Pityriasis maculata et circinata. Americ. Journ. N. S. CLX. p. 359. Oct.

Duplay, Lupus der Nasenhöhlen. Gaz. des Hôp. 123.

Eichhoff, Ueber multiple cachect. Hautgangrän. Deutsche med. Wchnschr. VI. 34.

Eitelberg, Fall von Purpura variolosa. Wiener medic. Presse XXI. 32.

Encyklopädie d. Impfens u. seiner Folgen, sowie eine Untersuchung des vorgeschlagenen Impfens mit Kalbslymphe. Aus dem Englischen übertragen. Hannover. Hahn'sche Buchhandlung. 8. IX u. 318 S.

Erskine, J. L., Fälle von Rötheln. Lancet II. 12; Sept.

Evers, Impfung und Pocken. Vrtljhrschr. f. öffentl. Gesdhtspfl. IV. 1. p. 588.

Finny, J. Magee, Ueber einige locale Formen von Eczem. Dubl. Journ. LXX. p. 289. Oct.

Fleming, George, Ueber Menschen- und Thier-Pocken. Lancet II. 10. 12; Sept.

Fournier, Ueber Krätze. Gaz. des Hôp. 110. 112. 113.

Fournier, Symmetr. Eczem an beiden Händen mit Missbildung und fehlerhafter Stellung der Finger. Gaz. des Hôp. 124.

Fox, George H., Ueber die Behandlung des Eczems und der Beingeschwüre mittelst des elastischen Röhrenverbands. Transact. of the Amer. Dermatol. Soc. p. 51.

Freudenberger, Joseph, a) Erythema nodosum. — b) Scarlatina. — c) Ausfallen der Haare bei Typhus und Syphilis. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVII. 31.

Freund, Max. Bernh., Zur Prophylaxe der Impfsyphilis und des Impferysipels. Eine Untersuchung über den Schutzwerth der gegen beide Gefahren zu Gebote stehenden Massregeln. Habilit.-Schrift. Breslau. Köhler. 8. 18 S. mit Tab.

Gerlier, Epidemie von Trichophyton. Bull. de l'Acad. 2. S. IX. 31. p. 785. Août 3.

Gowers, W. R., Ueber Rötheln. Lancet II. 5; July.

Guibout, E., Ueber Eczem und Psoriasis. L'Union 98. — Gaz. des Hôp. 98.

Guttmann, Max, Fall von Pruritus cutaneus. Wiener medic. Presse XXI. 36.

Hardaway, W. L., Multiple Geschwülste der Haut bei Pruritus. Transact. of the Amer. Dermatol. Soc. p. 78. — Ueber Obstruction der varicösen Venen bei Acne rosacea. Ibid. p. 95.

Hardy, Ueber Lupus des Gesichts. Gaz. des Hôp. 109.

Harris, George A., Arsenik bei Hautkrankheiten. Brit. med. Journ. Aug. 7. p. 208.

Heitzmann, C., Mikroskop. Studien über Entzündung d. Haut. Transact. of the Amer. Dermatol. Soc. p. 52.

Hyde, Ueber d. Verbreitung d. Leprose. Transact. of the Amer. Dermat. Soc. p. 72. — Varietät d. Molluscum verrucosum. Ibid. p. 84.

Joffroy, A., Ueber Bronchitis u. Bronchopneumonie bei Variola. Arch. de Physiol. 2 S. VII. 4. p. 682. Juillet et Août.

Iwanowsky, N., Ueber die Veränderungen der Lymphdrüsen bei Lepra tuberosa. Virchow's Archiv. LXXXI. 3. p. 507.

Landowski, Paul, Ueber Vaccinalsyphilis. Journ. de Thér. VII. 16. p. 608. Août.

Legroux, Locale Asphyxie u. Sklerodermie. Gaz. des Hôp. 100.

Leloir, H., Veränderungen der Nervenröhren, der vorderen und hinteren Nervenwurzeln und der Hautnerven in einem Falle von angeborener allgemeiner Ichthyose. Gaz. de Par. 32. p. 414.

Leudet, Ueber Zufälle während der Reconvalescenz von Pocken. Gaz. hebd. 2. S. XVII. 38.

Mayr, Jul., Historische Skizzen über d. Erysipel. Inaug.-Diss. München 1879. 8. 50 S.

Mercier, Ueber Behandl. d. Erysipelas mit salicyls. Natron u. Lister's antisept. Gaze. Gaz. hebd. 2. S. XVII. 38. p. 614.

Milroy, Gavin, Ueber Contagiosität der Leprose. Med. Times and Gaz. Sept. 4.

Morris, Malcolm, Anwendung der Scarification bei Hautkrankheiten. Brit. med. Journ. Aug. 7.

Mögling, Urticaria durch Perubalsam bedingt. Berliner klin. Wchnschrft. XVII. 39.

Neumann, I., Fall von chron. Pemphigus. Anzeiger der k. k. Ges. d. Aerzte in Wien. 14.

Parrot, Vergleich zwischen Variola b. Kindern u. Erwachsenen. Gaz. des Hôp. 93. 99.

Perco, F., Fall von Hauthämorrhagie. Wien. med. Presse XXI. 32.

Prowse, William, Ueber Behandlung des Bromidausschlags mittelst Salicylsäure. Brit. med. Journ. July 24. p. 127.

Reuss, L. M., Ueber Behandlung der Hautscrophuliden. Journ. de Thér. VII. 18. p. 687. Sept.

Robinson, James, Ueber d. Diagnose d. Rötheln. Med. Times and Gaz. Oct. 16.

Rothe, C. G., Ueber äusserl. Anwendung d. Carbolsäure gegen Erysipel. Memorabilien XXV. 9. p. 385.

Rutgers, J., Eine anamnest. Contraindication gegen Vaccination. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 32.

Senftleben, Fall von Pemphigus acutus. Berl. klin. Wchnschr. XVII. 32. 33.

Sherwell, S., Ueber Tätowirung der Naevi. Transact. of the Amer. Dermatol. Soc. p. 66.

Slingenberg, B., Ungewöhnl. Erscheinung bei d. Vaccination. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 32.

Spillmann, Ueber Behandlung d. Lupus. Revue méd. de l'Est XII. 20. p. 632. Oct.

Staub, Leop., Ueber d. Pemphigus. Inaug.-Diss. Breslau. Köhler. 8. 32 S.

Stricker, Wilhelm, Zur Hypertrichosis. Virchow's Archiv LXXXI. 3. p. 567.

Thin, G., Ueber üblen Geruch beim Fussschweiss. Brit. med. Journ. Sept. 18.

Tillmanns, H., Erysipelas. (Deutsche Chirurgie, herausgegeben von Billroth und Lücke. 5. Liefer.) Stuttgart. Ferd. Enke. gr. 8. XXIII. u. 247 S. mit 1 Tafel.

Unna, P. G., Ueber den schwarzen Punkt bei den Comedonen. Virchow's Arch. LXXXII. 1. p. 175.

Vaccina und Variola. Bull. de l'Acad. 2. S. IX. 39. p. 991. Sept. 28.

van der Burg, Ueber Lepra. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië N. S. IX. 3 en 4. p. 179.

van Harlingen, A., Tuberculo-vesiculare Erkrankung d. Haut. Transact. of the Amer. Dermatol. Soc. p. 64.

Vallin, Fall von Lepra hyperaesthetica. Gaz. des Hôp. 89. p. 709.

Vidal, Ueber Differentialdiagnose d. Psoriasis. Gaz. des Hôp. 116.

Vieusse, Versuchsreihe mit Inoculation von Pferdepocken beim Menschen. Gaz. hebd. 2. S. XVII. 33.

Warlomont, E., Ueber die verschiedenen Arten der Gewinnung, Aufbewahrung und Application der Vaccinelymphe. Brit. med. Journ. Sept. 25.

Weber, Hans, Ueber Behandlung des Favus. Schweiz. Corr.-Blatt. X. 17.

Weinlechner, Hautauswuchs am Halse. Anzeiger d. k. k. Ges. d. Aerzte in Wien. 18.

Wertheim, Ueber Psoriasis. Anzeiger der k. k. Ges. d. Aerzte in Wien. 18.

White, J. C., Zur Aetiologie der Hautkrankheiten. Transact. of the Amer. dermatol. Soc. p. 86.

Willcox, R. Lewis, Ueber Bromidrosis. Brit. med. Journ. Oct. 23. p. 658.

Witzel, Oscar, Ueber den nervösen Charakter des Eczems u. die Behandlung desselben mit Electricität und Ergotin. Inaug.-Diss. Berlin. 1879. 8. 32 S.

Wolffberg, S., Die Impfung und ihr neuester Gegner. Bonn. Cohen u. Sohn. 8. 71 S.

Syphilis.

Zweites Verzeichniss.

(Fortsetzung von Jahrg. 1880 pag. 612 ff.)

Blondeau, Léon, Fall von larvirter Syphilis. L'Union 102.

Bókai, A., Ueber das Contagium der acuten Blennorrhöe. Med. Centr.-Ztg. XLIX. 74.

Bulkley, L. D., Fälle von Schanker der Lippe. Transact. of the Amer. dermatol. Soc. p. 47.

Cantarano, Guglielmo, Ueber Lungensyphilis. Giorn. internaz. delle Sc. med. II. 8. p. 857.

Fig. 4.

Fig. 1.

Fig. 3.

Fig. 2.

m u. lith. v. C. J. Heitzmann.

Druck v. J. Appel's Nachf. Wien.

Fig. 1.

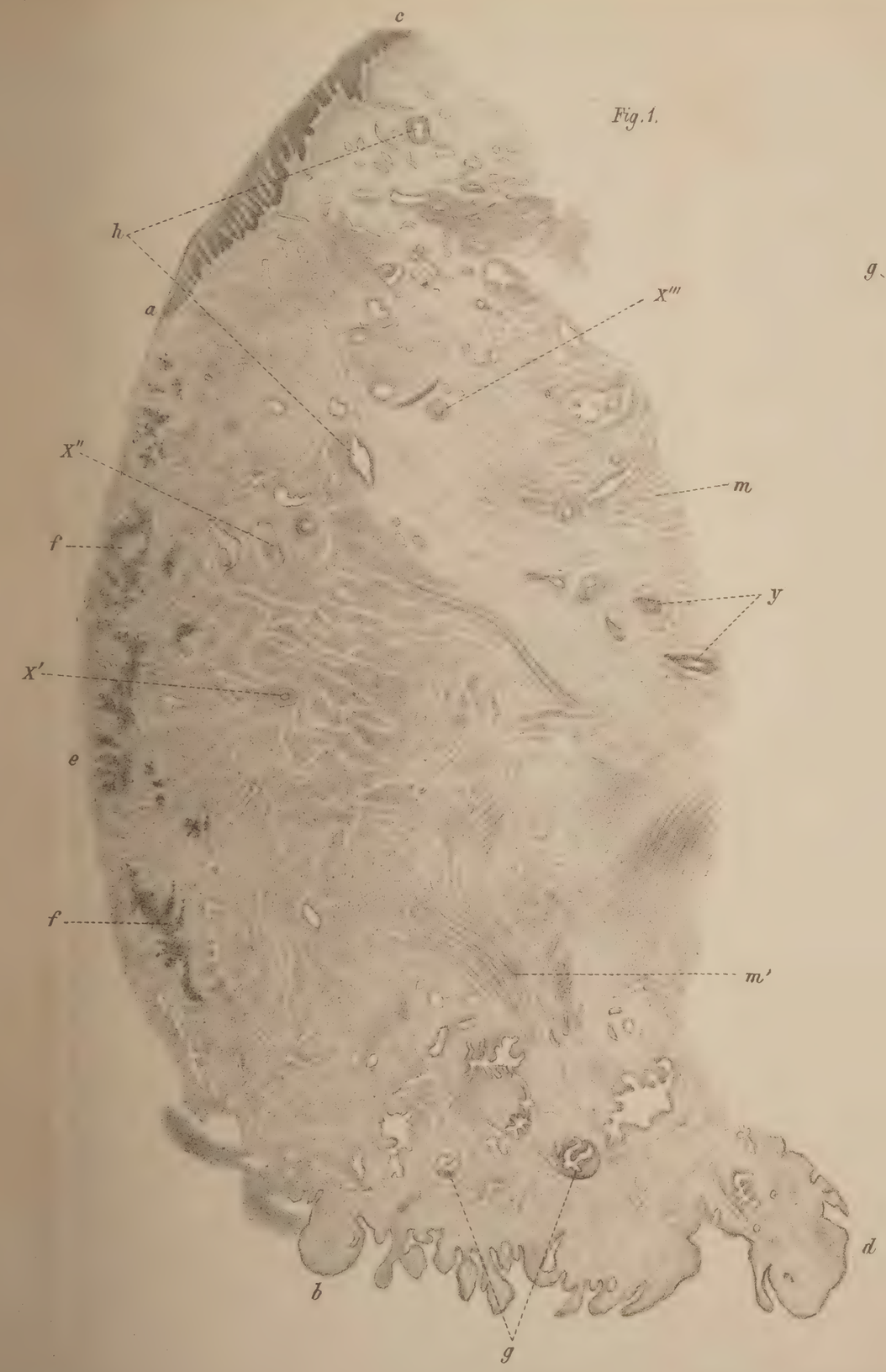


Fig. 2.

zu Mraček: Syph. Initialsklerose der Vaginalportion.

Ges. u. lith. v. Dr. J. Heitzmann, Druck v. J. Appel's Nachf. Wien.

Originalabhandlungen.

Aus der Klinik für Syphilis des Geh. Rath Prof. von Rinecker in Würzburg.

Ueber Schanker, Chancroid und ihre Metamorphosen.

Von

Dr. Conrad Rieger

früherem Assistenten der Klinik.

Im Frühjahre 1877 wurde in Folge einer durch Geh. Rath von Rinecker gegebenen Anregung auf der unter seiner Leitung stehenden Klinik zuerst eine Reihe von Impfversuchen angestellt, die eine nähere Beleuchtung der verschiedenen Schankerformen und ihrer Beziehungen zu einander zum Zweck hatten und die, nachdem sie durch Jahre fortgesetzt wurden, nun in den folgenden Blättern sammt ihren Resultaten zur Veröffentlichung gelangen sollen. Herr Dr. Angerer, jetzt praktischer Arzt in Weilheim, hat als damaliger Assistent der Klinik in rascher continuirlicher Reihenfolge vom Mai 1877 bis Januar 1878 zwei Reihen von Impfversuchen ausgeführt. Unter Leitung des Geh. R. von Rinecker wurde sodann vom Februar bis August 1878 von mir eine weitere Versuchsreihe durchgeführt. Als ich um diese Zeit aus der unmittelbaren Beschäftigung mit der Klinik ausschied, hat alsdann mein Nachfolger Herr Dr. Porzelt, jetzt prakt. Arzt in Kitzingen in Unterfranken, die Versuche weitergeführt. Unser verehrter Lehrer wusste unseren gemeinsamen Eifer stets wieder anzuspornen und seiner Initiative sind sämmtliche Resultate zu verdanken.

Die Veröffentlichung erfolgt lange nach dem ersten Beginn, theils aus äusseren mehr zufälligen Gründen, theils aber auch aus inneren, in der Natur der Sache liegenden, denn im Laufe der Jahre tauchten immer wieder neue Fragen auf, so dass selbst heute — 4 Jahre nach dem eigentlichen Beginn — die Sache in hiesiger

Klinik noch nicht ganz ruht. Doch waren die wesentlichsten Theile der Arbeit schon Ende 1879 beendet und nur gelegentliche Nachträge, theils Weiterverfolgung aus früherer Zeit stammender Fälle, theils Benützung besonders günstig sich bietenden Beobachtungsmaterials stammen aus späterer Zeit. Die Arbeit von Tarnowsky, die in den folgenden Blättern eine grosse Rolle spielen wird, über „Reizung und Syphilis" ist ja auch schon im Jahre 1877 erschienen und hat in der Literatur seither nur Widerspruch erfahren. Köbner und Kaposi, die Controlversuche gemacht haben, konnten nur negative Resultate berichten und in neuester Zeit scheint diese Sache überhaupt wieder von der Tagesordnung verschwunden zu sein. Etwaige neuere Literatur über den Gegenstand ist deshalb in folgender Arbeit nicht berücksichtigt, weil alles in ihr Enthaltene älteren Datums ist.

Die schon erwähnten Impfversuche Dr. Angerer's verfolgten ursprünglich das Ziel, eine Klärung der Beziehungen zwischen den beiden syphilitischen Geschwürsformen herbeizuführen. Trotz Decennien langer Debatten und Discussionen war hierüber noch sehr wenig zum endgiltigen Austrag gekommen. Besonders über das sogenannte Clerc'sche Chancroid musste es höchst wünschenswerth erscheinen, Aufklärung zu erhalten. Dasselbe, bekanntlich das Produkt der Einwirkung syphilitischen Schankersecrets auf einen schon syphilitischen Organismus, seiner wahren Natur nach zu erforschen ist für alle einschlägigen Fragen von capitaler Wichtigkeit. Auspitz hat in seinen „Lehren vom syphilitischen Contagium" die Lösung der Frage: ob dieses Clerc'sche Chancroid ein einfaches Ulcus molle geworden oder ob bei seiner Weiterübertragung auf einen gesunden Organismus sich wieder Syphilis aus ihm entwickeln könne? als einen Hauptpunkt des Programmes hervorgehoben, das er für die klinische und experimentelle Durchforschung der Cardinalprobleme der Syphilidologie aufstellt. Ueber Versuche in dieser Richtung liegen nun die detaillirten Protokolle des Herrn Dr. Angerer seit Ende 1877 vor, deren Veröffentlichung bis jetzt nur aus zufälligen Gründen unterblieben, in einiger Zeit jedoch zu erwarten ist. Dieselben umfassen eine erste Reihe von 29 und eine zweite von 5 Versuchen. Ihre Veröffentlichung wird werthvolle Aufschlüsse über die Natur des Clerc'schen Chancroids geben, die zum Theil in nachstehender Arbeit eine Bestätigung und Erweiterung erfah-

ren werden. Soweit es nöthig erscheint, sollen auch die wichtigsten Ergebnisse dieser beiden Versuchsreihen hier schon im Allgemeinen angedeutet werden, während für das genaue Detail auf die seinerzeitige separate Publication ihrer Protokolle in diesem Archiv verwiesen wird.

Nun hatten aber diese Versuche weiter zu einem interessanten und bis dahin ganz unbekannten Nebenresultat geführt, das dann immer mehr in den Vordergrund des Interesses trat: es zeigte sich nämlich, dass die auf frisch Syphilitischen erzeugten Geschwüre, mochten sie nun Abkömmlinge reiner Ulcera mollia sein, oder war es gelungen, Secret eines Ulcus induratum mit Erfolg auf Syphilitische überzuimpfen, jedenfalls auf diesen ganz eigenthümliche Erscheinungen boten, die sich vorläufig kurz als hyperplastische zusammenfassen lassen. Es war also zu der bisherigen Aufgabe, die wesentlich darin bestanden hatte, die syphilitische oder nicht syphilitische Natur des Clerc'schen Chancroids klar zu legen, noch die zweite getreten, die Bedeutung dieser neu aufgefundenen eigenthümlichen Modification in der Form desselben zu studiren. Eben um diese Zeit nun (im Spätherbste 1877) wurden wir mit der Arbeit Tarnowsky's („Reizung und Syphilis") bekannt. Da dessen Resultate sich entschieden sehr nahe mit den unsrigen berührten, so war dies ein neuer Sporn, der Sache auf den Grund zu kommen und es wurde deshalb beschlossen, Entscheidung durch eine grössere Zahl von Impfversuchen zu gewinnen, speciell aber ein Augenmerk darauf zu richten, die verschiedenen Fehler Tarnowsky's zu vermeiden, die Resultate nicht blos im Allgemeinen zu geben, sondern durch Verfolgung möglichst individualisirter Fälle überzeugende Bilder zu gewinnen.

Ehe wir aber in die Untersuchung dieser Specialfrage eintreten, müssen wir vorher noch einen raschen Blick werfen auf die Geschichte der Lehre von den Schankerformen seit Clerc und Bassereau.

Clerc hatte einfach behauptet: der weiche Schanker entsteht dadurch, dass von dem ursprünglichen — auch geschichtlich früher dagewesenen — harten Schanker eine Infection eines schon syphilitischen Organismus stattfindet. Bassereau behauptete bekanntlich gerade das Gegentheil — für ihn war das Ulcus molle das ältere. Von einem Beweis pro oder contra einer dieser historischen

Contemplationen kann keine Rede sein — soweit die Frage heute zu controliren ist, glaubte Clerc sie in seinem Sinne entscheiden zu können auf Grund einer klinischen Beobachtung, nach der durch zufällige Autoinoculation eines harten Schankers auf den Träger ein Ulcus molle entstanden war. Ein weiteres analoges Impfexperiment mit demselben Resultat sollte den Beweis vervollständigen. Clerc gründete seine principiell eingreifende Lehre nur auf diese beiden Fälle, sie können gewiss für uns keine so weitgehende Beweiskraft besitzen und zudem ergibt sich ja, wenn auch ein gleiches Resultat in allen derartigen Fällen beobachtet wurde, dann erst die weitere viel wichtigere Frage: Ist nun in diesem, das Aeussere eines Ulcus molle bietenden Chancroid, wie es Clerc nannte, eigentlich syphilitisches Virus gar nicht mehr enthalten? kann von ihm auch bei Uebertragung auf einen gesunden Organismus keine Syphilis mehr, sondern nur ein local bleibendes Ulcus molle übertragen werden?

Die Lösung dieser Frage bietet selbstverständlich fast unübersteigliche Schwierigkeiten, die in drei Umständen ihren Grund haben: 1. können experimentelle Inoculationen vom Clerc'schen Chancroid auf Gesunde fast nicht oder nur im allerbeschränktesten Mass gemacht werden; 2. sind die Confrontationen, aus denen man bei genügender Sicherheit und Zahl der Beobachtungen wohl sehr viel lernen könnte, leider nur immer mangelhaft und selten anzustellen, und 3. ist es schon gar nicht so leicht, nur überhaupt ein Clerc'sches Chancroid zu erzielen, denn bekanntlich ist der harte Schanker sehr wenig autoinocutabel und schlägt auch auf anderen Syphilitischen oft nur recht schwer an. Diese Schwierigkeiten mussten sich auch für Fournier ergeben, der der Frage zuerst nahe trat. Er gibt zuerst zwei Beobachtungen (Ricord-Fournier, Leçons sur le chancre. Paris 1860. p. 241 und 242) gegründet auf Confrontation, nach denen ein harter Schanker auf Syphilitischen sich als weicher fortpflanzte. Hiedurch wird also den Clerc'schen Fällen etwas Neues hinzugefügt, nämlich dass der syphilitische Organismus, auf dem sich das Chancroid entwickelte, nicht der des Trägers selbst war. Aber es bleiben eben nur Confrontationen und über den Hauptpunkt, was nun durch Weiterinfection auf einen Gesunden entstanden wäre, erfahren wir auch nichts. Hierüber können wir auch nichts lernen aus den 99 experimentellen Impfungen, die Fournier nun machte (l. c. p. 381 u. 390).

Es waren lauter Autoinoculationen. Hier begegnete der Experimentator nun aber der dritten von uns angeführten Schwierigkeit, der Thatsache der schwierigen Autoinoculabilität des harten Schankers. Nur ein einzigesmal hatte er Erfolg und zwar soll ein weiches Geschwür entstanden sein. Später glückte es Anderen besser und es kann als bekannte Thatsache angeführt werden, dass es in vielen Fällen gelungen ist einen harten Schanker auf den Träger und auf andere Syphilitische überzuimpfen — selbstverständlich immer noch viel schwerer als ein reines Ulcus molle, so dass diesem die Prärogative der weitaus leichteren Autoinoculabilität vollständig gewahrt bleibt, um über deren praktisch diagnostische Seite kein Missverständniss aufkommen zu lassen.

Aber die weiteren wichtigen Fragen: Ist denn nun dieses autoinoculirte, vom Ulcus induratum stammende Geschwür ein reines Ulcus molle? Hat es ganz dessen Form, dessen relativ harmlose Natur? oder steckt die ganze Syphilis in ihm? — hätten in einer Zeit, die doch fast vollständig unter dem Einflusse des Bassereauschen Dualismus stand, in aller Schärfe präcisirt werden müssen; dennoch war trotz vielfacher Versuche sie zu lösen noch keine unzweifelhafte Antwort gefunden, ja die Resultate hatten sich theilweise direct widersprochen. In Betracht kommen hier Versuche von M. Robert, Tanturri, Profeta, Fournier, Bidenkap. Besonders des Letzteren Publication über diesen Punkt[1]) ist sehr lehrreich, weil sie einerseits ein Resultat zu geben scheint, dem aber sofort von anderer Seite widersprochen wird mit der Behauptung, die Thatsachen seien falsch gedeutet, ein Beweis für die Complicirtheit der Verhältnisse. Kurz zusammengefasst sind diese Bidenkap'schen Fälle Impfungen auf nicht syphilitische Individuen von Eiter, der ursprünglich von einem inficirenden Geschwüre stammte mit dem Resultate: in beiden betreffenden Fällen Entwicklung von Geschwüren mit hartem Rand — aber beidemale ohne nachfolgende constitutionelle Syphilis — nach der Auffassung der beobachtenden Aerzte Boeck und Bidenkap! Dagegen nach der Auffassung von Köbner, die man allerdings zu theilen versucht ist, bei unbefangener kritischer Würdigung der referirten Erschei-

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1865 Nr. 34. — Auspitz, Die Lehren vom syphil. Contagium S. 236.

nungen, im zweiten Falle sicher von constitutioneller Syphilis gefolgt. Fehlt es nun schon hier nicht an Widersprüchen, so wurde ein deutliches und bestimmtes Resultat noch fraglicher seit den Publicationen über die Syphilisationsmethode von Boeck und den übrigen norwegischen Syphilisatoren.

Diese sprechen sich nämlich dahin aus, dass in einigen Fällen die Inoculation des harten Schankersecretes harte, in anderen weiche Schanker erzeuge. Soweit es sich hiebei um Autoinoculationen, also um Inoculationen syphilitischer Materie auf Syphilitische handelte, konnte man die Entscheidung ob hart oder weich in vielen Fällen für Geschmackssache erklären — ein scharfes Kriterium existirte nicht. Dies hätte sich erst ergeben, wenn man von solchen Geschwüren, die bald hart bald weich sein sollten, Gesunde geimpft hätte. Wenn der Satz, der von den Syphilisatoren aus ihren Versuchen abgeleitet wurde: sobald man das reine Secret der syphilitischen primären Verhärtung auf Syphilitische einimpft, so kann es in diesen Fällen geschehen, dass Resultate folgen, welche bald dem harten bald dem weichen Schanker ähnlich sind — wenn dieser Satz lautete: es entstehen bald Schanker, deren Weiterimpfung auf Gesunde einfache weiche, bald solche, die inficirende harte im Gefolge haben, so wäre dies ein Resultat, bei dem man vorläufig Halt machen könnte, wenn auch die Bedingungen, warum es sich bald so, bald so verhält, noch näher zu erforschen wären. Allein ohne dieses Kriterium, ohne die Kenntniss der Wirkung auf nicht syphilitische Organismen stehen wir nach wie vor resultatlos da.

Denn um mich so auszudrücken, rein morphologisch betrachtet: Was ist denn da eigentlich z. B. ein weicher Schanker? Gibt es denn überhaupt heutzutage noch klare und übereinstimmende Begriffe, sobald man den festen Boden der Frage verlässt: Hat dieses vorliegende Geschwür, mag es nun weich oder hart, indurirt oder pseudoindurirt erscheinen, der Syphilis zur Eingangspforte gedient? Ja, es gibt extreme Grenzfälle, wo stets Uebereinstimmung herrschen wird. Ein sicher bisher syphilisfreies Individuum präsentire sich mit einer tüchtigen frischen Sclerose und man finde auch noch als sichere Infectionsquelle eine ebensolche — dies das eine Extrem und das andere ebenso klare Verhältniss bei einem wohl charakterisirten Ulcus molle mit inflammatorischem Bubo. Hier kann man gewiss immer hundert gegen eins wetten, dass in dem einen Fall

constitutionelle Syphilis folgt, im anderen nicht; aber in der Unzahl von unreinen Fällen, die zwischen diesen Schulextremen liegen, da können angesichts der realen Wirklichkeit dogmatische Principien zu Schanden werden und genaue Individualisirung ist aufs strengste geboten. Und am meisten, sobald die Complicationen von der Seite anfangen, dass schon vorhandene syphilitische Erscheinungen mit frischen Infectionen oder Inoculationen in Combination treten.

So hat ja Clerc z. B. sofort auf seine wenigen Beobachtungen hin das Dogma aufgestellt: „Der weiche Schanker ist eine Abortivform des harten und entsteht auch in der realen Wirklichkeit immer so, wie ich ihn experimentell erzeugt habe, ja er ist sogar historisch aus dem harten entstanden, indem Syphilitische, die gegen die specifischen Eigenschaften des inficirenden Schankers immun waren, noch mit einem solchen in Berührung kamen.“ Wie stünde es heut zu Tage mit dem Versuche dieses Dogma aufrecht zu erhalten? Zuerst könnte dagegen ins Feld geführt werden die Lehre vom Chancre mixte. Der betreffende harte Schanker wäre ein Chancre mixte gewesen und der strenge Dualismus bliebe gerettet. Vielleicht gelänge es einem Anhänger der Clerc'schen Lehre nachzuweisen, dass es kein Chancre mixte gewesen sein kann, weil eine sicher constatirte mehrwöchentliche Incubationszeit ihm vorhergegangen. Allein dann würde in neuester Zeit sich sofort der Einwand erheben, dass hier einfach gewöhnlicher Eiter weitergeimpft worden und dass überhaupt jeder Eiter impfbar sei. Und dieser Einwand würde auch die Ueberimpfung von Secundärsymptomen treffen, soweit sie weiche Geschwüre zur Folge hatte. Eine solche Tendenz, das Ulcus molle zur Gleichstellung mit jeder Eiterpustel zu degradiren, geht entschieden durch die heutige Syphilidologie. So findet sich in Bäumler's Handbuch der Syphilis (2. Aufl. S. 98) der Satz: „So lange für den weichen Schanker die fressende Geschwürsbildung und die Ueberimpfbarkeit in Generationen die massgebenden Charaktere sind, dürfen wir wohl die von Clerc, Lee, Boeck, sowie die von Pick und endlich die von Kaposi und Tanturri erhaltenen Geschwüre, wenn sie auch graduelle Unterschiede zeigen, als weiche Schanker ansprechen und müssen so zu dem Schlusse gelangen, dass das Contagium des weichen Schankers auch ohne Dazwischenkunft

des syphilitischen Giftes unter Umständen de novo erzeugt werden kann, während das syphilitische Gift nur in continuirlicher Reihe sich fortpflanzt.“ Hutchinson's Autorität wird hiefür angeführt: „Der weiche Schanker kann nicht den Keim der Syphilis produciren, aber der Keim der Syphilis kann den Entzündungsprocess hervorrufen, welcher den Eiter producirt, der die Materies morbi des weichen Schankers ist.“ Diese modernste Auffassung des weichen Schankers wird gerne basirt auf die Experimente von Pick, Kraus und Reder, Henry Lee, Kaposi, Tanturri, in neuester Zeit Wigglesworth. Jedoch wird von diesen Experimentatoren selbst eine derartige Beweiskräftigkeit durchaus nicht behauptet. Ausserdem sind diese heutzutage gewöhnlich in Einen Topf zusammengeworfenen Versuche sehr verschieden nach Ausgangspunkt und Fragestellung. H. Lee hat früher (1856—1858) Versuche[1]) gemacht, aus denen er den Schluss zog, dass der harte Schanker in der ersten Zeit seines Bestehens auch als solcher auf den Träger überimpfbar sei. Diese Versuche Lee's interessiren uns hier weniger, vielmehr spätere, über die Lancereaux[2]) referirt: „Un syphiligraphe distingué de Londres H. Lee est parvenu par l'inoculation du pus ordinaire pris sur un enfant à produire chez un sujet syphilitique une pustule, qui persistait encore après 14 et 15 jours entourée d'une auréole rouge et parfaitement semblable à celles qu'on obtient par l'inoculation des chancres suppurants.“ Nimmt man diesen Versuch als leitend für die Auffassung des Clerc'schen Chancroids, so hindert nichts auch dieses einfach als „pus ordinaire“ aufzufassen, geimpft auf einen Syphilitischen. Und weil gerade Lee es war, der auch in den oben zuerst angeführten Versuchen das Phänomen demonstrirte, dass der harte Schanker in der ersten Zeit seines Bestehens auch als solcher auf den Träger überimpfbar sei, so könnte man nun aus diesen beiden Beobachtungen die treffliche Theorie construiren: Der harte Schanker ist als solcher überimpfbar auf den Träger, so lange dieser noch nicht durch Allgemeinsyphilis Immunität gegen eine neue Infection erlangt hat; sobald aber diese einmal eingetreten, beherrscht sie völlig das Terrain und dann kann man aller-

[1]) Auspitz, Die Lehren vom syphilit. Contagium S. 310—315.

[2]) Traité hist. et prat. de la Syphilis p. 88.

dings noch Geschwüre erzeugen, die vollständig weichen Schankern gleichen; aber nun ist es ganz gleichgiltig geworden, ob der Reiz, der zu dieser Geschwürsbildung führte, repräsentirt ist durch das Secret eines harten, eines weichen Schankers oder irgend welcher Pusteln. Die Hauptsache ist nun der syphilitische Boden geworden.

Für den ersten Theil dieses Lehrsatzes ist es nur schade, dass die betreffende Inoculation des Ulcus induratum so häufig, auch unter den scheinbar günstigsten Verhältnissen nicht gelingt, auch wenn es noch lange hin ist bis zum Ausbruch von Allgemeinsymptomen; und zum zweiten Theil lässt sich vorläufig nur sagen, dass der gewöhnliche Eiter eben thatsächlich eminent selten Geschwüre erzeugt, die man mit gutem Gewissen als dem weichen Schanker auch nur ähnlich bezeichnen könnte.

Allerdings gelang es auch Zeissl [1]) zu zeigen, dass Eiter, der an Nicht-Syphilitischen nicht haftete, bei Syphilitischen in Generationen fortimpfbare Geschwüre erzeugte — aber mit wechselndem Erfolg —; ebenso erging es Berkeley Hill [2]).

Die Versuche von Pick, die Bäumler ebenfalls in dieser Richtung citirt, waren nach Zeissl [3]) folgende: „Auf unsere Anregung impfte seiner Zeit Professor Pick Eiter nicht venerischer Pusteln (Acne, Pemphigus, Scabies), welcher auf den Besitzer und andere Nicht-Syphilitische eingeimpft ein negatives Resultat ergab, auf Syphilitische mit jenem Erfolg, dass sich in vielen Generationen impfbare Geschwüre entwickelten, die dem nicht indurirten Schanker glichen. Pick glaubte daher folgern zu dürfen, dass unter gewissen (!) Umständen die Entstehung des weichen Schankers nicht von der Impfquelle, sondern von der syphilitischen Beschaffenheit des Impfbodens herrühren müsse. Man schrieb der Haut syphilitischer Individuen eine grosse Vulnerabilität zu.“

Ueber die Versuche von Kraus und Reder äussert sich Reder [4]) selbst: „Es stellte sich heraus, dass nur mit dem Eiter aus frisch entstandenen Pusteln positive Resultate erzielt werden können. Die entschiedensten Resultate wurden erlangt mit dem

---

[1]) Allg. Wien. med. Ztg. 1866 Nr. 28. Virch. Jahresbericht 1866 II. S. 490.

[2]) Syphilis and local contagious disorders. London 1868 p. 254 ff.

[3]) Zeissl, Grundriss S. 84 u. 85.

[4]) Lehrbuch der venerischen Krankheiten 2. Aufl. S. 26.

Secret junger Pusteln von Scabies pustulosa. So oft mit solchem Eiter auf Syphilitische geimpft wurde, entwickelte sich auf der Impfstelle eine Pustel, welche in 2—3, selten mehr Generationen fort impfbar war, unterhalb welcher aber kein Geschwür, sondern eine flache nässende Excoriation sich zeigte. Es war dabei gleichgiltig, ob die Impfung auf eine syphilitische Efflorescenz oder auf die scheinbar gesunde Hautstelle gemacht wurde. Jede derartige Impfung wurde durch eine gleichzeitige eines gesunden Individuums mit demselben Secret controlirt, welche jedesmal resultatlos blieb.“ Wer kann hier behaupten, dass „die flache nässende Excoriation“ einem weichen Schanker auch nur ähnlich war? Der Experimentator selbst am wenigsten, der [1]) hinzufügt: „Abgesehen davon, dass die durch vulgären Eiter erzeugten Efflorescenzen nur in wenigen Generationen impfbar und nicht eigentlich geschwürig waren, handelt es sich für unseren Zweck nur um die Beantwortung folgender Frage: Kann man an syphilitischen Individuen Schanker erzeugen, ohne das Secret eines bestehenden Schankers zu benützen?“ Reder muss nach seinen Versuchen diese Frage verneinen, da das Erzielte ja eben keine Schanker waren. Aber auch im Bejahungsfalle wäre noch nicht viel bewiesen: „denn erst dann“, schliesst Reder, „würden die Schlüsse, die wir aus Bidenkap's Versuchen mit Nothwendigkeit ziehen, entkräftet und die rein dualistische Anschauung die Oberhand gewinnen, wenn es gelänge, durch irgend welche äussere Einwirkung auch an nicht-syphilitischen Individuen Schanker zu erzeugen.“

Allerdings ist dies ein fundamentaler Unterschied und nur wenn wir ihn festhalten, wird es uns möglich, uns in einem Chaos scheinbarer Widersprüche zurechtzufinden. Aufs Entschiedenste müssen solche Impfungen auf Syphilitische von denen auf Nicht-Syphilitische getrennt werden, was häufig übersehen wurde.

„Kaposi und Tanturri[2]) veröffentlichen Impfresultate, welche lehren, dass nichtspecifischer Eiter von nicht-syphilitischen Personen auf die Träger derselben, sowie auf andere nicht-syphilitische Individuen überimpft, Pusteln und Geschwüre erzeugt, deren Eiter sich in Generationen fortimpfbar erwies.“ Die fraglichen

[1]) Reder a. a. O. S. 26.

[2]) Zeissl, Grundriss S. 84. Note.

Versuche sind folgende: Tanturri[1]) hat positive Resultate mit dem Secret von ulcerirendem Herpes der Genitalien, von frischen Scabiespusteln, von Impetigo, Ecthyma in der Weise erhalten, dass sich alle diese Secrete auf die nicht syphilitischen Träger, sowie auf andere nicht-Syphilitische gleichwie Syphilitische überimpfen liessen. „Ein 30jähriger, an Pityriasis rubra leidender Bauer hatte durch Vesicantien und reizende Salben Geschwüre an den Armen bekommen. Nachdem wiederholte Transplantationsversuche von dem Kranken und anderen Patienten entnommenen Hautstückchen nicht nur fehlgeschlagen, sondern nur das Geschwür noch mehr gereizt hatten, entdeckte man am linken Fuss des Kranken, 3 Tage nachdem Transplantationsstückchen mit einer reinen Lancette daselbst entnommen worden waren, vier charakteristische Geschwüre. Das Geschwürsprodukt des Armes, sowie das der Tochtergeschwüre wurde auf den Kranken, sowie auf andere nichtsyphilitische und syphilitische Individuen übertragen — man bekam stets ein local bleibendes Geschwür. Das Secret behielt seine Ueberimpfbarkeit bis zur 14. Generation — mit Glycerin oder Wasser verdünnt, verhielt es sich wie das Secret eines weichen Schankers. Man hat somit durch Autogenesis ein Geschwür erhalten, welches alle Eigenschaften des weichen Schankers (?) hat.“

Tanturri kommt zu dem Schluss, dass es nur ein einziges syphilitisches Ulcus gebe, aber in einem anderen Sinn als dem der Unicisten. „Das Contagium des nicht syphilitischen Geschwüres ist ein pathologisches Agens für sich, welches wohl mit der Syphilis sich in Verbindung setzen kann, aber von ihr ganz unabhängig ist. Es kann somit weder ein Parallelismus, noch eine Reciprocität zwischen dem syphilitischen Virus und dem Geschwürscontagium bestehen, indem sich das erstere durch Continuität, das letztere durch Heterogenesis fortpflanzt. Das Geschwürscontagium ist gewiss an die morphologischen Elemente gebunden und seine Intensität hängt nicht von der Qualität dieser Elemente, sondern von ihrer noch unbekannten inneren Zusammensetzung ab. Nicht jede Bruteiterung ergibt ein überimpfbares Produkt. Die morphologischen Elemente,

[1]) Sull' eterogenia dell' ulcera non sifilitica. Referat von Zeissl in Virch. Jahresbericht 1874 II. S. 686.

welche in die periphere Entzündungszone eines Geschwürs eingelagert sind und von dem Geschwürsprodukte selbst der Art modificirt werden, dass sie das Gewebe dieser Entzündungszone in ein Geschwür verwandeln, sind die Träger des Contagiums". Dagegen will Tanturri gefunden haben, dass Syphilitische zu Eiterungen nicht mehr disponirt sind als Nicht-Syphilitische. Seine Versuche sollen lehren, dass vulgärer Eiter auf Syphilitische wie Nicht-Syphilitische eine gleiche Wirkung äussere. — Hier ist die kritische Bemerkung sehr am Platze, dass negative Resultate gar nichts beweisen können, wenn andere zuverlässige Experimentatoren bestimmt das Gegentheil gesehen haben. Die negativen Resultate müssten auf zufällige ungünstige Versuchsbedingungen zurückgeführt werden. Die der Theorie von der grösseren Vulnerabilität der Syphilitischen in Tanturri erwachsene Gegnerschaft wäre darum nicht so gefährlich, man darf aber nicht übersehen, dass er an ihre Stelle etwas Neues und sehr Positives setzt, dass er eine Theorie einführt, durch die er auch die früheren Versuchsergebnisse erklären will, die aber meines Erachtens strengstens geschieden werden muss von diesen: nämlich die Impfbarkeit jeglichen Eiters, nunmehr ganz abgesehen davon, auf welchem Boden? Es ist dadurch viele Verwirrung entstanden, dass man diese Tanturri'schen Versuche den früher citirten Impfungen, wo der syphilitische Boden, auf den geimpft wurde, das Ausschlaggebende sein sollte, zu rasch einfach an die Seite stellte. So Bäumler, der doch die Nothwendigkeit einer Trennung in folgenden Worten[1]) anerkennt: „Es blieb wenigstens der syphilitische Boden übrig, welcher durch Einimpfung verschiedener eiterhaltiger Secrete zur Geschwürsbildung gereizt wurde. Neuerdings sind nun Erfahrungen gemacht worden, welche den weichen Schanker seiner Specificität vollends entkleiden und die Lehre von der Identität oder auch nur Verwandtschaft des syphilitischen und Schankergiftes ihrer Hauptstütze berauben." — Bäumler confundirt doch unstreitig schon auf der folgenden Seite diese beiden principiell so verschiedenen Theorien, wenn er in der von uns oben wörtlich wiedergegebenen Stelle (S. 193), die Versuche von Pick einerseits, von Tanturri andererseits als in gleicher Richtung theoretisch verwerthbar anführt. Dies kann aber unmög-

[1]) a. a. O. S. 97.

lich zugegeben werden, wenn man erwägt, dass für Pick und die anderen Experimentatoren dieser Richtung es gerade nur auf den syphilitischen Boden ankommt, während dieser für Tanturri und A. ganz gleichgiltig ist. So auch für Kaposi[1]). Er findet, dass ausser dem Schankereiter auch der Eiter anderer Pusteln und Geschwüre auf den Träger und andere Gesunde unter günstigen Bedingungen überimpfbar ist. Ebenso nach Vidal[2]) wenigstens auf den Träger. Wigglesworth[3]) hat sich auch von einer Acnepustel mit mehrfachem Erfolg geimpft und schliesst daraus:

1. Dass Entzündungsprodukte, in geeigneter Weise in die menschliche Haut eingeführt, locale Geschwüre erzeugen können, welche Chancroiden sehr ähnlich in Generationen fortimpfbar sind.
2. Dass dieser Eiter weder von einer syphilitischen Person stammen noch auf eine syphilitische Person übertragen sein muss.

Wenn der Referent hiezu bemerkt, dass diese Versuche den von Tarnowsky publicirten Erfahrungen „über Reizung und Syphilis“ ohne Vermittlung gegenüberstehen, so kann ich dies nicht finden. Sie stehen einander nicht gegenüber, sondern sie gehen einander gar nichts an. Was Tarnowsky auf Syphilitischen erzielte, ist jedenfalls etwas total verschiedenes von diesen „Chancroiden sehr ähnlichen Geschwürchen“, die eben einmal von Acnepusteln und nicht von Schankern abstammen, die aber auch nicht, wie dies die Intention der Tarnowsky'schen Versuche ist, als Reiz auf syphilitischen Boden gepflanzt wurden. Das Gleiche gilt für alle in dieser Richtung erzielten positiven Resultate. So wenig als es die Specificität der Masern beeinträchtigt, dass der Scharlach auch eine contagiöse exanthematische Krankheit ist, so wenig kann es das Wesen des weichen Schankers alteriren, wenn Dutzende von Eiterpusteln sich in Bezug auf Impfbarkeit und möglicherweise auch zum Theil auf einige äussere Aehnlichkeit gerade wie er verhalten.

Auf ganz anderem Boden stehen die Auffassungen der Reiztheoretiker, um sie so kurz zu bezeichnen. Und gewiss ist es be-

---

[1]) Syphilis der Haut u. Schleimhäute I. S. 47.

[2]) Annales de Dermatologie 1873 Nr. 5.

[3]) Vierteljahresschrift für Dermatologie 1878 S. 487.

rechtigt, die Syphilis einmal schärfer auf diesen Punkt zu examiniren. Schon vor vielen Jahren hat Virchow[1]) in seiner berühmten Abhandlung: „Ueber die Natur der constitutionell syphilitischen Erscheinungen“ auf dieses Bedürfniss hingewiesen. „Es dürfte angemessen sein,“ sagt er dort, „ein paar Worte über die Localisation der syphilitischen Affection zu sagen. Es ist dies um so nothwendiger, als einige Aerzte sich damit begnügen, die Localaffecte als ganz natürliche und sich von selbst verstehende „Ausflüsse“ der Dyskrasie zu betrachten, während andere ihre specifische Natur läugnen und sie als traumatische, rheumatische oder sonst welche Affecte ansehen. Genau genommen haben beide Parteien gleich Recht, denn die Dyskrasie macht keine Localisationen ohne örtlichen Grund, und dieser kann ein traumatischer, rheumatischer oder sonst ein der Dyskrasie als solcher ganz fern liegender sein. Freilich kann es auch anders sein, denn die specifisch-dyskrasischen Stoffe können durch besondere Anziehungsverhältnisse gerade in ein bestimmtes Organ in grösserer Menge aufgenommen werden. Wie verhält es sich nun mit der Syphilis? Es ist dies eine überaus wichtige Frage, deren Beantwortung die Deutung einer Menge anderer Erfahrungen in sich schliesst.“

Virchow kommt zu dem Resultate, dass die grösste Wahrscheinlichkeit bei der Syphilis für die erstere Auffassung spricht. In ihr werden auch wir den Schlüssel zum Verständniss vieler experimenteller Beobachtungen aus der ersten Zeit der constitutionellen Syphilis finden. Wir werden finden, dass allerdings in einem gewissen Stadium ein syphilitischer Organismus einem mit Gift gefüllten Schlauch gleichen kann, das an irgend einem Orte des Reizes sich auf die Oberfläche zu manifestiren bereit ist, eine Auffassung, gegen die Ricord seiner Zeit so lebhaft polemisirte. Es ist auch von vorneherein nach klinischen Erfahrungen nicht unwahrscheinlich, dass dem so ist. Die alltägliche Erfahrung ist ja, dass sich die Eruptionen auf der Haut mit Vorliebe da localisiren, wo Reize einwirken — für die späteren Perioden der Syphilis braucht ja eine nach langer Latenz wieder durch irgend welche äussere Schädlichkeit geweckte Manifestation als zu bekannt kaum erwähnt zu werden — aber für die Frühformen scheint mir fol-

[1]) Virchow's Archiv XV S. 255.

gende Krankengeschichte erwähnenswerth[1]), die den Titel führt: „Influence de la Syphilis sur une maladie cutanée.“ Dieser Titel könnte gerade so gut umgekehrt lauten: „Einfluss einer Hautkrankheit auf die Syphilis resp. auf deren Localisation.“ „Ein Schornsteinfeger, früher nie syphilitisch, litt seit einem Jahre an den Vorderarmen und Beinen an zahlreichen Eczembläschen und bekam alsdann in der Eichelfurche einen indurirten Schanker. In Folge des letzteren Adenitis, Angina, Krusten am behaarten Kopf, Ausfallen der Haare. An den unteren Extremitäten verwandelten sich die Eczembläschen in oberflächliche Ulcerationen, welche ulcerirenden, nässenden Papeln glichen.“

Ist ferner nicht in folgendem Falle unserer Klinik ein Localreiz evident? Ein Mädchen kam mit einem exquisit harten Lippenschanker in Behandlung, wurde nach dessen Heilung ohne Secundärerscheinungen entlassen und kam nach einigen Wochen mit zahlreichen breiten Papeln am Introitus vaginae wieder, zugleich behaftet mit einem ganz colossalen Fluor albus. Derartiges ist aber auch von vielen anderen exanthematischen Krankheiten (bei den Blattern hat speciell Bamberger darauf aufmerksam gemacht) bekannt. Und so wird unter diesem Gesichtspunkt das von Tarnowsky[2]) zuerst versuchte experimentelle Localisiren syphilitischer Produkte durchaus nicht mehr so unerhört erscheinen. Ich freue mich umsomehr, dies hier aussprechen zu können, da gerade auf unserer Klinik während der Jahre, die wir uns mit diesen Dingen beschäftigten, unzählige Versuche ganz negatives Resultat ergaben und trotzdem einige positive Resultate, besonders aber ein Experiment, das die Natur bei einem Patienten mit aller wünschenswerthen Unzweideutigkeit machte, den Beweis lieferten, dass etwas Neues und Richtiges an der Sache ist.

Unsere Versuche theilen sich in 7 Kategorien:

1. Application von Aetzmitteln oder Hautreizen auf Syphilitische.
2. Einimpfung vulgären Eiters:
   a) auf Nichtsyphilitische,
   b) auf Syphilitische.

[1]) Mitgetheilt von J. Feltz in der Gaz. méd. de Strassbourg.

[2]) Reizung und Syphilis. Vierteljahresschrift f. Dermat. 1877 p. 19.

3. Einimpfung des Secretes reiner Ulcera mollia auf Syphilitische.

4. Einimpfung des Secretes unzweifelhaft harten Schankers auf Syphilitische.

5. Einimpfung des Secretes der auf letztere Art erhaltenen Clerc'schen Chancroide auf Gesunde.

6. Fortimpfung von Chancroiden in vielen Generationen promiscue auf Gesunde und Syphilitische.

7. Einimpfung des Secretes des Uterinkatarrhs von Syphilitischen auf die Trägerinnen und andere Syphilitische.

I. Kapitel.

In diese Kategorie gehört das eben erwähnte Naturexperiment. Als den einzigen positiven Fall, den wir in dieser Richtung anführen können, stelle ich ihn voran:

Ein Schuster inficirte sich im August 1879 durch den Coitus mit einer Person, die wegen breiter Papeln gleichfalls auf die Klinik kam. Einige Zeit nachher verletzte er sich zufällig mit einer Schusterfeile am rechten Oberschenkel und ungefähr gleichzeitig mit der Ahle am linken Daumen. Es waren ursprünglich kleine Stichwunden, die aber im weiteren Verlaufe nicht heilten, sondern die eine mehr, die andere weniger geschwürige Beschaffenheit annahmen. Als Patient Mitte September breite nässende Papeln am Scrotum bemerkte, hatte sich besonders das Geschwür auf dem Oberschenkel beträchtlich vergrössert und eine stark wuchernde Beschaffenheit angenommen. Er tritt am 11. Oct. 1879 auf der Klinik ein mit einem harten Schanker am Penis und zahlreichen nässenden Papeln am Scrotum. In der Mitte der Aussenseite des rechten Oberschenkels befindet sich ein 6·4 Cm. langes, 5·8 Cm. breites hyperplastisches Geschwür, dessen 5 Mm. über das Niveau der umgebenden Haut elevirter Boden mit einer glänzenden, schmutzigbraunen Kruste bedeckt ist; die wallartig emporsteigenden Ränder sind 5 Mm. breit, blauroth. Oberhalb dieses Geschwürs, die Mitte zwischen Spina ossis ilei ant. sup. und Trochanter major einnehmend ein 2 Cm. grosses rundes wucherndes Geschwür, dessen Entstehungsursache unbekannt ist. An der Dorsalfläche des linken Daumens ist ein 1·5 Cm. im Durchmesser grosses ebenfalls stark hyperplastisches Geschwür (an der Stelle der Verletzung mit der

Ahle). Ausserdem hat er noch ein papulöses Exanthem über den ganzen Körper zerstreut, Polyadenitis und ein Condylom im Larynx.

Von den grössten dieser Geschwüre wurde auf einen Nichtsyphilitischen abgeimpft ohne Erfolg. Sämmtliche Geschwüre wurden photographirt und der Kranke am 8. November 1879 der physikalisch-medicinischen Gesellschaft vorgestellt, wobei besonders auf die enorm harte Beschaffenheit des Randes und einen Firnissglanz dieser Geschwüre hingewiesen wurde.

Dass die Entwicklung dieser seltsamen und colossalen Geschwüre von innen heraus, und nicht etwa durch zufällige äussere Uebertragung stattgefunden hatte, wurde Angesichts des ganzen unzweideutigen Decursus morbi von keinem der Anwesenden bezweifelt. — Am 9. November 1879 wurde noch eine, wieder vergebliche Abimpfung auf den Träger selbst gemacht und am 24. desselben Monats eine Mercurialkur begonnen, die in frappanter Weise alle Erscheinungen zur Heilung, die Geschwüre zur raschesten Ueberhäutung brachte. Am 1. December war diese schon beendigt, aber die Narben noch sehr hart. Vier Wochen darauf waren auch diese viel weicher geworden und Pat. als geheilt entlassen.

Gegenüber diesem schlagenden Fall wurde die Cauterisatio provocatoria nach Tarnowsky, jedoch mit einem anderen Aetzmittel, als er anwendete, einer Paste aus Chlorzink, in den Monaten Februar bis April 1878 in fünf Fällen vergeblich gemacht, nachdem schon im Jahre 1877 vier Fälle[1]) ein negatives Resultat ergeben hatten. Die Versuchsindividuen standen zwar alle im Beginne des condylomatösen Stadium, das Tarnowsky[2]) für besonders geeignet zur Hervorrufung charakteristischer Erscheinungen hält, waren alle noch nicht in Behandlung, bei keinem von ihnen verlief jedoch der Heilungsprocess an der geätzten Stelle anders, als er bei einem Nicht-Syphilitischen auch verlaufen wäre. Von den vorhin geschilderten, so höchst charakteristischen Erscheinungen war in diesen Fällen nie eine Spur vorhanden. Und ebenso erging es uns im Laufe des Jahres 1879, wo bei jeder günstig scheinenden Gelegenheit der Versuch wiederholt wurde, aber jedesmal mit negativem Resultat. Im Herbste 1879 wurde ein Mädchen mit

[1]) Bei ihnen wurde Ricord's Caust. carbo-sulfur. verwendet.

[2]) l. c. S. 22.

frischen Condylomen auch durch Application der metallenen Elektrodenplatten eines starken galvanischen Stromes auf den Oberschenkel provocatorisch cauterisirt; auch hier heilten die entstandenen oberflächlichen Substanzverluste ohne jede charakteristische Erscheinung. Es ist ferner gleich im Voraus zu bemerken, dass bei einem Individuum dieser Versuchsreihe, bei dem die Application der Chlorzinkpaste auch ganz wirkungslos gewesen war, die gleichzeitige Einimpfung eines Ulcus molle höchst charakteristische Erscheinungen zu Tage treten liess, so dass in diesem Falle es nicht zweifelhaft sein konnte, dass die frische constitutionelle Lues des Individuums wohl auf den intensiveren andauernden Reiz des eingeimpften Ulcus molle durch Manifestation in loco stimuli reagirte, nicht aber auf den vorübergehenden eines schwachen Aetzmittels. Der Fall wird unter der 3. Kategorie an seiner Stelle ausführlich erwähnt werden.

Je mehr man sich abmüht, scheinbare Widersprüche in dieser Frage zu vereinigen, desto näher wird der Gedanke gelegt, dass wir hier nur an einer einzelnen Frage sich dasselbe wiederholen sehen, was in der ganzen Phänomenologie der Syphilis Regel ist, nämlich: dass es bald so, bald so sein kann und nie so oder so sein muss — ein Specialfall des allgemeinen Gesetzes von der unendlichen Variabilität der Bedingungen in der organischen Welt, über den nur ein Freund des Dogma Trauer empfinden könnte. In ganz besonderer und allernächster Beziehung steht aber unsere Frage zu der auch neuerdings wieder viel debattirten, vom sogenannten „Traumatismus“ der Syphilitischen. Wie es grundfalsch wäre zu glauben, unsere Versuchsindividuen seien alle als ganz gleichwerthig für die Provocationsversuche zu betrachten, weil die zwei Bedingungen, frische Syphilis und noch keine mercurielle Behandlung zutreffen, so kann auch bei der Frage nach diesem „Traumatismus“ nicht genug Verwahrung eingelegt werden gegen den Versuch, einfach „Syphiliticus = Syphiliticus, eventuell noch Syphiliticus secundarius = S. sec., S. tertiarius = S. tert.“ zu setzen. Dann ist es freilich kein Wunder, wenn eine solche bunte Musterkarte von Ansichten herauskommt, wie sie vor zwei Jahren Dr. Düsterhoff[1]) aus dem Katechismus der namhaftesten Sy-

[1]) Einfluss der Syphilis auf den Verlauf der Kriegsverletzungen. Billroth und Gurlt, Archiv für klin. Chirurgie 22. Bd. 3. u. 4. H. 1876.

philidologen und Chirurgen zusammengestellt hat. In Frankreich haben sich besonders Verneuil und seine Schüler mit der Frage beschäftigt. So sehr einer von diesen, L. H. Petit[1]) von der Ueberzeugung durchdrungen ist, dass sehr häufig ein deutlicher Einfluss der Syphilis auf die Wundheilung stattfindet, so spricht er es doch klar aus, dass dies durchaus nicht immer der Fall sein muss und auch nicht bei demselben Individuum zu allen Zeiten, auch wenn die Dyskrasie später wieder manifest wird. Selbstverständlich gilt dies am meisten, wenn eine wirksame Behandlung stattgefunden hat, alsdann stellt er bestimmt den Satz auf: „Un sujet infecté peut être considéré comme sain pendant un temps variable.“ Indessen so hoch auch der Einfluss der Behandlung in dieser Richtung anzuschlagen ist, so ist doch auch ohne ihn den reichsten Variationen Raum gelassen. Um dies nicht auffallend zu finden, genügt ja ein flüchtiger Blick auf die bekanntesten Thatsachen aus dem Ablauf einer constitutionellen Syphilis: es sei hier nur auf analoge Verhältnisse aus dem Kapitel der hereditären Syphilis hingewiesen, darauf z. B., dass von einem syphilitischen Vater jetzt ein syphilitisches, im folgenden Jahre ein gesundes, dann wieder ein syphilitisches Kind gezeugt werden kann, ohne dass wir einen fassbaren Grund für dieses scheinbar so launenhafte Verhalten der Diathese in ihren Manifestationen anzugeben wüssten. Diese Erwägungen müssen im vollsten Umfange auf die Theorie der Cauterisatio provocatoria angewandt werden. Wie könnten wir denn rationeller Weise verlangen, dass ein so schwacher Reiz genüge, um syphilitische Localeruptionen hervorzurufen, in einer Periode, wo die Syphilis des Organismus sich entweder gar nicht manifestirt oder schon irgendwo fix localisirt zeigt? Bei unseren Reizversuchen wurde es sehr bald unzweideutig klar, dass hievon alles abhängt. Die Aetzungen, die völlig resultatlos verliefen, wurden bei solchen Personen gemacht, wo augenblicklich entweder ein Schub syphilitischer Productionen völlig beendet war, z. B. breite Papeln schon längere Zeit unverändert bestanden, ohne dass neue nachfolgten — hätten wir hier ganz kurze Zeit vor der Eruption geätzt, so wäre eine Localisation an der gewünschten Stelle durch-

[1]) De la Syphilis dans ses rapports avec le Traumatisme. Paris 1875.

aus nicht unwahrscheinlich gewesen — oder es kam bei einem Individuum, bei dem latente Syphilis zu vermuthen war, überhaupt nichts auf der Körperfläche zum Vorschein, und darum natürlich auch nichts an der Reizstelle. Dagegen hat ja unser Fall (s. oben p. 204) aufs schönste gezeigt, wie ein in die richtige Zeit fallendes Trauma alsdann unter höchst charakteristischen Erscheinungen verlaufen kann. Der diagnostische Werth der provocatorischen Aetzung wird hiedurch selbstverständlich bedeutend verringert, wenigstens für so schwach cauterisirende Eingriffe, wie es die von uns geübten waren; denn es ist klar, dass je schwächer der Reiz, desto geringer auch die Aussichten auf Erfolg. Auch die galvanische Reizung, von der wir uns viel versprochen hatten, weil das Individuum in sehr günstiger Periode sich befand, blieb ja wirkungslos. Etwas günstiger in diagnostischer Beziehung gestalten sich schon die Ergebnisse der Versuchsreihe der 3. Kategorie, vor deren näherer Betrachtung ein abschliessendes Urtheil nicht gewonnen werden kann.

Noch ein Wort über den syphilitischen Traumatismus in seiner chirurgischen Bedeutung. Thatsächliches darüber findet sich schon bei J. L. Petit[1]), citirt von Girtanner[2]); in neuerer Zeit hat Merkel aus dem letzten Kriege Fälle veröffentlicht[3]). Unser obiger Fall kann als neuer thatsächlicher Beitrag zur Lehre betrachtet werden, — unten werden wir den Fall eines Tertiär-Syphilitischen finden, der ein Gegenstück und eine Ergänzung zu ersterem bildet. Wir achteten mit besonderem Interesse auf zufällige Wunden unserer Syphilitischen und haben auch viel Negatives erlebt; nur die Circumcisionen heilten, wie von überallher bekannt ist, häufig sehr schlecht, bevor nicht eine gründliche Mercurialkur beendet war. Was aber hier — stets in frisch secundären Fällen — die Heilung hinderte, war die ganz enorme Tendenz der Wundflächen zu hyperplastischen Granulationen, wie sie oben geschildert sind. Das ist durchaus nichts Schlimmes, da man sie aufs wirksamste mercuriell bekämpfen kann und dies ist nach unseren Erfahrungen der Fall, in dem der Chirurg sich befinden wird, wenn er Trau-

[1]) Traité des malad. chirurg. et des opérat. etc. Paris 1774.

[2]) Abhandlung über die vener. Krankh. 2. Aufl. III. Bd. p. 595. Heilung grosser Wunden bei syphilitischen Soldaten.

[3]) Syphilis bei Verwundeten. Aerztl. Intelligenzblatt 1870 Nr. 49.

matismuserscheinungen wahrnimmt bei einem erst vor kurzer Zeit Inficirten, im Stadium papulosum Befindlichen. Zeigen sich aber überhaupt Traumatismuserscheinungen bei einem gummös Syphilitischen, vollends bei einem durch und durch Mercurialisirten, wo statt der Hyperplasie der fortwährende Zerfall die Heilung hindert, so sind die Chancen unendlich schlechter und ich verweise als trauriges Paradigma dieser Kategorie auf den unten genau geschilderten Verlauf der Impfung eines gummös und visceral Syphilitischen, der zeigte, wie in einem solchen Fall einfach ein unheilbares Gumma sich an der Stelle etabliren kann. Ist das Individuum schon mercurialisirt, so befördert die mercurielle Behandlung vollends nur noch den Zerfall. Und darum darf, wer die Frage nach dem Traumatismus der Syphilitiker im Allgemeinen bejahend beantwortet, auch innerhalb des Rahmens der positiven Fälle noch lange nicht Syphiliticus = Syphiliticus setzen, sondern muss immer noch die allgemein giltigen, so differenten Momente festhalten: die Syphilis im Stadium der Hyperplasie und die Syphilis im Stadium des Zerfalls. Es möge zum Schluss hier noch darauf hingewiesen werden, dass ausser den von uns unten aufgeführten Fällen sich auch in den später zu veröffentlichenden Krankengeschichten Dr. Angerer's mehrere finden, in denen bei gummös Syphilitischen Impfungen mit Ulcus molle colossale Phagedäna zur Folge hatten.

II. Kapitel.

Wir kommen zur zweiten Kategorie unserer Versuche: Einimpfung vulgären Eiters:

a) auf Nichtsyphilitische.

Es wurden fünfzig Impfungen mit Eiter von Krätzpusteln auf andere Individuen — jedesmal ohne Erfolg — gemacht. Ferner wurde je einmal geimpft vom Fisteleiter eines Drüsenabscesses am Hals, eines solchen der Parotis, der Decubitalgeschwüre einer Tabetischen, vom Eiter eines Furunkels, vom Eiter einer Kniegelenkresectionswunde, eines Mammaabscesses — immer ohne Erfolg. Selbst der Eiter eines inflammatorischen Bubo, herrührend von einem Ulcus molle, auf einen Gesunden geimpft, erzielte keine Reaction. Als dagegen auf ein Individuum, bei dem gerade meh-

rere Versuche mit vulgärem Eiter fehlgeschlagen waren, ein Ulcus molle selbst geimpft wurde, so erfolgte sofort die gewünschte Reaction und zwar so, dass schon 10 Tage darauf von dem Impfgeschwüre mit Erfolg auf den Träger abgeimpft werden konnte. Es entstanden reine Ulcera mollia, völlig gleich dem ebenso unzweifelhaften Ulcus molle, von dem sie abstammten. Ich muss gestehen, dass mir ein solcher Contrast doch einigermassen lehrreich erscheint; einerseits die überdies schon von überall her bekannte, sofortige prompte Inoculabilität des Ulcus molle, andererseits 57 Fälle von Sterilität des vulgären Eiters. Ein quantitativer gradweiser Unterschied besteht also doch immerhin; derselbe erscheint aber so gross, dass es vielleicht gestattet sein dürfte, ihn als einen qualitativen zu betrachten und eben in dieser leichten Fortpflanzbarkeit des Ulcus molle ein ihm sehr wesentliches und eigenthümliches Charakteristicum zu erblicken. Man sollte glauben, es sei unnöthig dies noch besonders experimentell zu erhärten, Angesichts der alltäglichen Erfahrung. Wem diese nicht genügt, der möge sich nur an die oben angeführten Zahlen halten. Aber fern sei von mir wegen der hier erhaltenen negativen Resultate nun die erwähnten positiven von Tanturri u. A. in Zweifel zu ziehen. Ein derartiges Verfahren würde zu argen Zuständen in der Wissenschaft führen. Warum soll denn eine Acnepustel nicht auch einmal in 14 Generationen anschlagen? Wir haben uns oben darüber ausgesprochen, dass dies ebenso möglich als für die Theorie des Ulcus molle irrelevant ist.

Es folgen die Einimpfungen vulgären Eiters:

b) auf Syphilitische.

Hier finden sich unter vielem Werthlosen, das keiner Erwähnung verdient, zwei Versuche von so eminenter theoretischer Bedeutung und praktischem Werth, dass ich bedauere, sie hier in einem Winkel dieser Arbeit unterbringen zu müssen, während sie wohl verdienten, an weithin sichtbarem Orte zu stehen. Um zuerst das Werthlose bei Seite zu schaffen, so wurden wie in der vorigen Classe einige Dutzende von Versuchen gemacht, mit dem gleichen Eiter wie vorhin auch Syphilitische zu impfen — und wieder jedesmal ohne Erfolg. Eben so wenig wie vorhin die Versuche Tanturri's sollen hiedurch die Versuche von Pick, Kraus und

Reder, Lee und Anderen irgendwie in Zweifel gezogen werden; der von uns verwendete Eiter hatte eben einfach nicht die Intensität, um überhaupt anzuschlagen. Das war seine Schuld, — darum konnte aber auch nicht verlangt werden, dass die Syphilis auf einen Reiz reagire, der eben keiner war. Dagegen kommen wir nun zu Versuchen mit einem Eiter, der eben ein ganz besonderer Saft ist, nämlich dem einer Vaccinepustel. Den einen Fall hat Geh. Rath v. Rinecker schon vor zwei Jahren veröffentlicht [1]); in demselben hatte sich bei einem hereditär syphilitischen Kinde, welches nach einer Quecksilber-Injectionscur mit nachgefolgter Recidive im Stadium der Latenz sich befand, eine abermalige Localisation der Syphilis an einer aus völlig verdachtfreier Quelle stammenden Vaccinepustel etablirt, indem aus derselben eine sehr deutlich ausgesprochene syphilitische Induration wurde. In folgendem Falle, bei dem sich das gleiche Resultat ergab, lagen die Verhältnisse insoferne etwas anders, als das betreffende Kind unmittelbar vorher deutliche Symptome hereditärer Syphilis gezeigt hatte:

Das Kind ist geboren am 4. Mai 1879, stammt von einem syphilischen Vater, der auch die Mutter inficirte; es bekam 10 Tage nach der Geburt Pemphigusblasen; im Juli Nodi syphilitici und Erythem. — Am 5. September wird es mit humanisirter Vaccine-Lymphe geimpft, die vom hiesigen Bezirksarzt bezogen wurde. Von 3 Stichen am Oberarm hat nur einer Reaction gezeigt; am 11. September ist dort eine echte Pockenpustel; am 20. September bemerkt man eine deutliche Induration der Ränder der mit einer dicken Kruste bedeckten Pustel. Die Achseldrüsen sind geschwollen, die Härte nimmt in den nächsten 3 Tagen zu, so dass am 23. September 1879 eine fast zweimarkstückgrosse Induration constatirt werden kann, in deren Centrum die peripher sich ablösende Kruste ein excavirtes Geschwür erkennen lässt. Die Verhärtung ist vollkommen schmerzlos, von blaurother Färbung, der Grund speckig belegt. Am 30. September hatte Herr Bezirksarzt Dr. Hofmann, der uns die Lymphe zur Verfügung gestellt hatte, die Güte sich persönlich von dem merkwürdigen Befund zu überzeugen und constatirte, dass die Palpation des Geschwürsbodens vollständig den Eindruck machte, als ob man ein Geldstück in der Tiefe fühle. Das Kind war vorher nie mercuriell behandelt worden.

[1]) Vortrag auf der Münchener Naturforscherversammlung, pädiatrische Section. Diese Vierteljahresschr. 1878 S. 259.

Von derselben Lymphe, aus derselben Capillare war am gleichen Tage ein anderes damals $1^1/_2$ Jahre altes Kind geimpft worden, das ebenfalls von einem syphilitischen Vater stammte, mit einem Jahre zahlreiche syphilitische Knoten bekommen hatte, daneben Polyadenitis; ebenfalls mercurfrei. In diesem Fall blieb es immer bei der reinen Vaccinepustel, die am 26. September geheilt war und auch eine vollkommen weiche Narbe hinterliess, während die Sklerose des ersten noch mehrere Wochen zur Heilung brauchte und noch 2 Monate, bis die Narbe ganz weich war. Blut wurde in beiden Fällen nicht mit verimpft.

Also sehen wir auch hier wieder die Verschiedenheit des Erfolges bei scheinbar ganz gleiche Bedingungen bietenden Individuen, ohne ganz strict sagen zu können, warum hier positiv, dort negativ, obgleich es nicht zu gewagt scheinen dürfte, auch für diese Fälle wie sonst anzunehmen, dass eben im ersteren Kinde eine in Unruhe, im zweiten eine in Ruhe begriffene Syphilis steckte.

Weil von der Vaccination die Rede war, kann ich nicht unterlassen, die Frage aufzuwerfen, warum die doch so gerne mit Analogien arbeitenden Syphilidologen, die den weichen Schanker zum Rang einer gewöhnlichen Pustel degradiren wollen, nicht am allernachdrücklichsten auf die doch gewiss am leichtesten impfbare Impfpustel par excellence der Vaccine hingewiesen haben? Vielleicht deswegen, weil es ihnen doch gerade Angesichts dieser nicht so ganz wohl geworden wäre, da sie, wenn auch unzähligemale ganz glatt impfbar, doch plötzlich sich durch sonderbare Launen in ein mysteriöses Dunkel hüllen kann; ich meine die ja bekanntlich durchaus nicht seltene Immunität einer menschlichen Haut — selbst local — gegen die Einimpfung des Vaccinesecretes. Da haben wir ja einen Eiter, der sich fast überall höchst wirksam zeigt, und halten wir nun einmal an ihm, nur als localem Geschwürsreiz fest und sehen ganz ab von seinem Verhältniss zum Gesammtorganismus oder gar zur Variola. Aber da fängt die Schwierigkeit an, indem diese Abstraction kaum möglich ist. Warum sollte denn ein Eiter, der wahrlich genügende Wirkungen seiner localen Wirksamkeit gezeigt hat, nun auf einmal versagen? Muss da nicht auch die scheinbar rein locale Wirksamkeit des Eiters schon beeinflusst erscheinen von tiefer gelegenen Bedin-

gungen? Oder wie wäre es sonst erklärbar, dass die Impfung nicht nur nicht Allgemeinwirkungen äussert, sondern auch local ganz unwirksam bleibt? Also müssen wir dem Vaccineeiter wenigstens einmal schon als solchem eine ganz besondere Note geben und müssen gestehen, dass wir bei ihm die Theorien der blossen Eiterbrut u. dgl. nicht consequent durchführen können. Und so ist es auch bei der Syphilis, wo man sich, wie unten im 4. Kapitel bei den Impfungen vom harten Schanker auf die Träger näher referirt werden wird, oft staunend fragt, warum fortgesetzte Impfungen mit noch so reichlichem Eiter, wo man die Lanzette, wenn man gar noch das Geschwür gereizt, in einen wahren Eitersee taucht, doch auf dem Träger nicht anschlagen, während dagegen oft der Eiter eines kaum mehr secernirenden Ulcus molle schon genügt, in beliebigen Generationen fortpflanzbare Impfgeschwüre zu entwickeln. Denn gerade beim Ulcus molle ist es anders: dies scheint allein noch eine fast ausnahmslose locale Wirkungsfähigkeit zu besitzen. Und daran kann nach dem oben Erörterten der Eiter allein nicht Schuld sein.

Beiläufig noch ein Wort über die praktische Bedeutung des berichteten Vaccinationsfalles. Dieselbe könnte eine ganz eminente werden, wenn in einem ähnlichen Fall der Arzt beschuldigt würde, das Kind mit syphilitischer Lymphe geimpft zu haben. Es sei darum in dieser Richtung nachdrücklich auf ihn hingewiesen, besonders weil das Kind vorher deutlich syphilitisch war. Nicht unmittelbar lässt sich an dieser Stelle die Frage beantworten, ob andere von dieser sklerosirten Pustel geimpfte Kinder syphilitisch werden müssten. Da die Antwort hierauf völlig zusammenfällt mit der, die unten über die Impfung vom Clerc'schen Chancroid, sowie über die von Tarnowsky's pseudoindurirtem Schanker gegeben werden wird, so sei dorthin verwiesen; denn das hat Geh. Rath v. Rinecker schon am Schluss seines damaligen Vortrags, nachdem die Tarnowsky'sche Arbeit eben erst erschienen war, ausgesprochen, dass dieses Phänomen bei der Vaccination ganz in die Kategorie der Tarnowsky'schen Reizphänomene gehöre [1]).

[1]) a. a. O. S. 267.

III. Kapitel.

Einimpfung des Secretes reiner Ulcera mollia auf Syphilitische.

Wir konnten hiebei vorläufig, denselben Gesichtspunkt wie im Bisherigen festhaltend, ohne jede weitere Präsumption Einimpfung des Secretes eines Ulcus molle auch nur betrachten als einen auf die Haut eines Syphilitischen applicirten Reiz. Ein zur Abimpfung geeignetes reines Ulcus molle bot sich uns in folgendem Falle:

Ein weibliches Individuum tritt im Januar 1878 auf der Abtheilung ein mit multiplen, weichen Geschwüren an den Genitalien, deren Zahl durch fortwährend spontane Autoinoculationen an den einander zugekehrten Schleimhautflächen gerade rund ein Dutzend erreicht. Es wird sofort beim Eintritt von einem dieser Geschwüre eine Inoculation auf den Schenkel gemacht, die ohne Incubation nach vorgängiger Pustelbildung und am vierten Tage erfolgtem Platzen der Pustel ein kraterförmig vertieftes Geschwür erzeugt, das bis zur Grösse eines Zweimarkstückes an Ausdehnung gewinnt, keinen scharf begrenzten Rand besitzt. Von diesem unzweifelhaft weichen Impfschanker wurde am 25. Januar eine Inoculation gemacht auf den Oberschenkel einer Syphilitischen. Dieselbe war mit frischen, breiten Condylomen ad vulvam et anum und einer über den Stamm und die Oberschenkel verbreiteten leichten Roseola eingetreten. Ueber die Dauer des Bestehens dieser Erscheinungen war nichts Näheres zu eruiren, dagegen zeigte sich der auf die Angaben des Mädchens hin polizeilich requirirte Liebhaber mit einem frischen, stark eiternden harten Schanker behaftet, dem erst nach einer Woche Spitalaufenthalt Roseolaeruption und Angina folgten. Bei dem Mädchen hatten wir, damals noch zu wenig von der dadurch bedingten Alterirung des Experimentes unterrichtet, gleichzeitig mit der Impfung eine Mercurialkur eingeleitet. Bis Ende Februar zeigte sich auch dieses Impfgeschwür, das sich ohne Incubation entwickelt hatte, als reines Ulcus molle ohne jede besondere Erscheinung. Dagegen stellten sich von Anfang März ab von Tag zu Tag mit grösserer Deutlichkeit folgende Erscheinungen ein: Das Geschwür ist umsäumt von einem mathematisch genau abgezirkelten Ring, dem inneren Rand eines kupferrothen, sich hart

anfühlenden Walls, der wie eine erhabene Leiste das Geschwür umgibt, auch nach aussen das Niveau der Haut in ziemlich steilem Anstieg überragt, und in der Ebene der Haut noch von einem entzündlichen auf Druck verschwindenden Saum umgeben ist, der aber, je älter das Geschwür wird, desto mehr zurücktritt. Gleichzeitig aber werden aus dem Geschwürsboden, der früher mit zerfallendem eitrigem Secret bedeckt war, auch solide Gebilde in die Höhe geschickt und zwar schliessen sich diese in Gestalt knopfförmiger Wucherungen an den Rand an, verbreiten sich aber concentrisch bis zur Mitte. So stellt das Geschwür auf dem Höhestadium seiner Entwicklung, nachdem die condylomatösen Wucherungen unter sich so ziemlich die gleiche Höhe erreicht, ein rundes Hochplateau dar mit von einem Ringwall umschlossenen einzelnen durch eitergefüllte Thäler getrennten Kuppen — ein Bild, im Kleinen vergleichbar dem einer vulkanischen Gebirgsgruppe. Es ist dasselbe Bild, wie es oben das nur weit grössere Geschwür des Schusters geboten hatte, der sich mit der Feile verletzt hatte; ein syphilitisch indurirter Rand, in der Mitte breite Papeln. Der Mercur hatte hier nur retartirend gewirkt, die charakteristischen Erscheinungen entwickelten sich erst nach 5 Wochen, aber damit auch beweisend, dass das Individuum noch gehörig syphilitisch war.

Zur Controle war an demselben Tage vom gleichen Ulcus molle ein Nicht-Syphilitischer geimpft worden. Es war ein 14jähriger Schustersjunge, der, nachdem er im Herbst einen schweren Typhus durchgemacht, als Reconvalescent auf die Abtheilung für Hautkranke kam wegen eines Favus der Kopfhaut. Sein Allgemeinzustand hatte sich unter guter Ernährung seit der Krankheit erheblich gebessert, doch machte er noch einen etwas schwächlichen Eindruck. Die Impfung wurde auf den Oberarm gemacht. Hier zeigte sich nie etwas Anderes als ein reines Ulcus molle. Besonders der Rand blieb ganz flach, ohne jede Infiltration. Eine Axillardrüse schwoll schon nach einigen Tagen schmerzhaft an, zeigte bald Fluctuation; es gelingt jedoch durch consequente Ruhelagerung und energische Application von grauer Salbe die Resorption zu erreichen. Nach 3—4 Wochen als sich das Geschwür zur Heilung anschickte, zeigte sich allerdings eine gleichmässige sammtartige Hyperplasie des ganzen Geschwürs, allein diese schlaffe, bei etwas schwächlichen Subjecten ja allbekannte Granulationsweise von Geschwüren ist nicht nur in ihrer Form toto coelo

von der syphilitischen Hyperplasie verschieden, indem sie ganz allmälig, sich nicht scharf absetzend, in die Umgebung übergeht und gerade das Gegentheil von Infiltration zeigt, sondern auch die Leichtigkeit ihrer Beseitigung durch einfachen Druck erweist die grosse Verschiedenheit; denn, dass die syphilitischen Hyperplasien und Infiltrate energisch ihr Dasein behaupten, bis sie dem von innen heraus wirkenden Mercur verfallen, werden wir an eclatanten Fällen sehen.

Die Andeutung einer beobachteten ähnlichen Modification des Ulcus molle findet sich bei Kaposi [1]), ohne dass er jedoch eine reine Thatsache berichtend über den von uns gefundenen Causalnexus etwas bemerkt. Er sagt: „In seltenen Fällen tritt auf eine eigenthümliche Art eine, wenn auch in der Regel rasch vorübergehende Verzögerung in der Reparation und Vernarbung des weichen Schankers ein. Auf einer oder auf mehreren oder auf allen vorhandenen Schleimhäuten wuchern die Granulationen, welche die Umwandlung des Schankergeschwüres in eine normale Wunde bewirken sollen, über das Niveau der Umgebung hinaus. Es findet sich dann eine der Grösse des Schankers entsprechende, rothe, papilläre, gegen die angrenzende normale Haut scharf abgegrenzte und über diese hervorragende, reichlich eiternde Wundfläche; der Eiter dieser papillären Excrescenz erweist sich oft noch durch lange Zeit contagiös.“ Ich finde in dieser Schilderung manche Anklänge, wenn auch die Bemerkung „in der Regel rasch vorübergehende“ nicht stimmt. Es dürfte die Vermuthung erlaubt erscheinen, dass die Träger solcher Ulcera mollia vielleicht syphilitisch waren. Auch in einem Aufsatz von v. Sigmund vom Jahre 1860 (Wiener med. Wochenschrift Nr. 15) lässt sich eine Andeutung finden. Er beschreibt, damals noch den unitarischen Standpunkt festhaltend, drei Formen von Schankergeschwüren, deren letzte dem von uns hier beschriebenen typisch modificirten zu entsprechen scheint.

Ueber das weitere Schicksal der beiden Versuchsindividuen aber sei noch bemerkt, dass die Syphilitische die Heilung ihres Impfgeschwüres nicht abwartete, sondern am 11. März, als die hyperplastischen Erscheinungen noch in voller Blüthe standen, in ihre Heimath

[1]) Syphilis der Haut etc. Wien 1873. I. 32.

zurückkehrte, nachdem vorher noch eine Abimpfung von ihrem Geschwür auf eine andere Syphilitische gemacht worden war, die wir im 6. Kapitel zu besprechen haben. Der Schustersjunge sah sein Ulcus molle ganz glatt heilen. Die Narbe war ganz weich; er kam im folgenden Jahre noch einmal wegen einer Recidive seines Favus auf die Abtheilung und erfreute sich stets der besten Gesundheit.

Nachdem wir nunmehr im 1. Kapitel ein positives Resultat im Sinne Tarnowsky's in dem Falle des Schusters aufzuweisen hatten, nachdem im zweiten die indurirte Vaccinepustel gleichfalls als dahin gehörig bezeichnet wurde, nachdem wir in diesem Kapitel vorläufig ein Paradigma für die von uns gefundenen Modificationen des Ulcus molle gegeben haben, ist es an der Zeit uns mit Tarnowsky durch Vergleichung unserer Versuchsresultate mit den seinigen näher auseinander zu setzen. Er war unstreitig der erste, der mit bewusster und sofort sehr entschieden prononcirter Deutlichkeit auf die in Rede stehenden Thatsachen aufmerksam machte. Dem Ulcus molle theilte er dabei nur folgende Rolle zu[1]): „Der weiche Schanker, wenn er sich auf der Haut der Syphilitiker entwickelt, kann eben so wie alle übrigen Reize die Ablagerung eines syphilitischen Infiltrats hervorrufen. Diese Art von weichem Schanker der Syphilitiker, den wir unter dem Namen „pseudoindurirter Schanker der Syphilitiker" beschrieben haben, kann die Bildung einer sehr grossen Induration auf dem Grund und der Peripherie verursachen und in einer gewissen Periode seines Verlaufes wird er durch seine Härte und sein Aussehen ungemein schwer von der syphilitischen primären Induration zu unterscheiden sein." Der Name „pseudoindurirter Schanker" scheint uns unglücklich gewählt. Wir haben bekanntlich schon einen „indurirten Pseudoschanker" von Fournier. In dieser Composition ist das Wort „Pseudo" dem Worte Schanker vorgesetzt; unter einem Schanker versteht heutzutage allerdings leider, wie bekannt, nicht jeder das Gleiche, darum kann ein Autor wohl etwas, was er als nur scheinbar unter diesen vagen Begriff gehörig bezeichnen will, mit dem Beisatz „Pseudo" markiren. Nicht erlaubt will es uns aber bedünken den Begriff „indurirt" als Ausdruck einer objectiven palpabeln Thatsache zum leeren Namen zu machen. Bei-

[1]) l. c. S. 30.

läufig wollen wir erwähnen, dass uns die Bezeichnung „pseudoindurirt“ im Sinne von „Induration vortäuschend“ etwa berechtigt erschiene in Anwendung auf den Fall z. B. eines Ulcus molle, das in Folge von Aetzung u. dgl. eine künstliche Entzündungshärte darbieten würde. Hievon kann ja aber hier nicht im entferntesten die Rede sein — die Induration an der Reizstelle ist ein echt syphilitisches Produkt. Wir werden ohne jede Präsumption für einen möglicherweise irreführenden Namen uns nur des Ausdrucks „typisch modificirtes Geschwür“ bedienen — präjudicirt ist hierin nichts über die Herkunft; unsere drei bisher aufgeführten Paradigmen können unter diesen Begriff subsumirt werden. Vielleicht könnte man sich dahin einigen, um einen schon bestehenden Namen zu adoptiren, den von Clerc eingeführten Namen „Chancroid“ zu gebrauchen, denn so viel ist schon jetzt klar, dass die ins nächste Kapitel gehörenden Impfgeschwüre nach Clerc — Abimpfung vom harten Schanker auf den Träger oder andere Syphilitische — die besten Chancen haben werden, sich zu typisch modificirten Geschwüren in unserem Sinn zu entwickeln. Aber zu decken brauchen sich diese Begriffe durchaus nicht, da wir einerseits nicht berechtigt sind, ein durch traumatische Einwirkung oder Impfung mit nicht syphilitischem Eiter entstandenes Geschwür Chancroid zu nennen, andererseits durchaus nicht jedes echte Clerc'sche Chancroid typische Modificationserscheinungen zu zeigen braucht, wie unten an seinem Orte auseinandergesetzt werden wird.

So viel vom Namen. Zur Sache ist zu bemerken, dass die Schilderung, die Tarnowsky von einem durch Aetzung entstandenen Geschwür eines Syphilitikers gibt, nicht vollständig übereinstimmt mit der eines vom Ulcus molle herrührenden. Die Beschreibung des ersteren, des Cauterisationsgeschwüres, lautet folgendermassen (Seite 25): „Nach Ablösung der Kruste entblösst man ein Geschwür, welches die Dicke der Haut durchdringt, einen mit grauem Zerfall bedeckten Boden besitzt, scharf geschnittene Ränder zeigt und von einem kupferrothen Saum umgeben ist, der aus frischem, noch nicht zum Zerfall gelangten Infiltrat besteht. Dieses Geschwür ist vollständig mit dem Geschwür des tiefen Ecthyma identisch und bietet ebenso wie das letztere einige Aehnlichkeit mit dem weichen Schanker. Bei näherer Betrachtung liegt der Unterschied zwischen den beiden in dem Verhältniss der Ränder

zum Boden des Geschwüres und in dem sie umgebenden Ringe. Die scharf geschnittenen, aber nicht unterminirten Ränder des syphilitischen Geschwürs sind nur stellenweise mit Zerfall bedeckt, welcher am reichlichsten im Centrum des Geschwüres angehäuft ist; der Wall ist kupferroth, verschwindet nicht beim Druck, ist von der gesunden Haut scharf abgeschieden und von einem breiten Saum umgeben, welcher für Geschwüre, auf syphilitischem Boden durch künstliche Reizung der Haut entstanden, charakteristisch ist". Dagegen sagt er (S. 30) von dem Ulcus molle des Syphilitikers: „In dieser Periode der Krankheit, wenn das vollständig gereinigte Geschwür des weichen Schankers von allen Seiten durch ein scharfbegrenztes, hartes syphilitisches Infiltrat umringt ist, ist es unmöglich den weichen Schanker der Syphilitiker nach dem äusseren Bilde von der primären syphilitischen Verhärtung zu unterscheiden."

Dieses Moment lässt sich entschieden nicht vollständig und ungezwungen auf die erstere Beschreibung anwenden. Und doch sollte dies eigentlich der Fall sein, denn der Grundgedanke Tarnowsky's, der sehr häufig wiederkehrt, ist ja die Identität dieser beiden Geschwüre. Vergleichen wir aber unsere drei Paradigmen, so müssen wir auch gestehen, dass sie sich nicht völlig identisch in ihrer äusseren Form sind und die Sache stellt sich so dar, dass unser indurirtes Vaccinationsgeschwür am meisten dem indurirten Ulcus molle Tarnowsky's gleicht, während gerade unser infiltrirtes Ulcus molle ziemlich identisch ist mit unserem infiltrirten traumatischen Geschwür und zugleich mit Tarnowsky's Cauterisationsgeschwür. Die Hauptsache, Infiltration und Induration ist wohl überall vorhanden, dagegen vermissen wir bei Tarnowsky die bei uns so stark ausgeprägte Hyperplasie, die dicht gedrängten Papeln im Centrum. Es scheint, dass Tarnowsky seine Beschreibung des indurirten Ulcus molle der Syphilitiker nur aus klinischen Beobachtungen schöpfte und keine Impfungen gemacht hat; so konnte ihm Manches entgehen, was wir, auf die zufällige Beobachtung allein angewiesen, auch nicht gefunden hätten. So bot z. B. folgender nicht experimenteller Fall auch nur Erscheinungen, die Tarnowsky's Beschreibung völlig entsprechen:

Kath. R. Puella vulgivaga, 1. Aufnahme Februar 1876. Diagn. Ulc. dur. ad lab. maj. dextr. Papul. humid. Inunctionskur. — 2. Aufnahme Juni 1877. Diagn. Sclerosis recidiva. Papul. humid. ulcer. —

3. Aufnahme Winter 1877/78. Condylom. lata, Sclerosis recidiva. — 4. Aufnahme Juli 1878. Sclerosis recid. ad Comiss. poster. — 5. Aufnahme Juli 1879. Ulc. foss. navicul. Die Person war jedesmal erst nach geheilter Sklerose entlassen worden und hatte sich dann immer wieder inficirt — woher? liess sich nie constatiren; die wahrscheinlichste Annahme wird sein, dass es für sie gleichgiltig war, ob sie von einem harten oder weichen Schanker inficirt wurde, da er auf sie immer nur die Wirkung eines Reizes haben konnte, der ihre schon längst acquirirte Syphilis zur localen Manifestation in der Form der Induration bewog. Aehnliche Fälle kommen immer sehr häufig vor, sobald man darauf achtet und hiefür hat ja auch Fournier seinen indurirten Pseudoschanker geschaffen. — Pat. Barb. Sch. (Puella publica), die im VII. Kapitel als Trägerin eines Geschwür erzeugenden Cervicalfluors aufgeführt werden wird, kam auch bei zweimaligen Recidiven jedesmal mit einem harten Schanker wieder, nachdem sie schon ein halbes Jahr zuvor eine gründliche constitutionelle Syphilis durchgemacht hatte. An Reinfection im eigentlichen Sinn wird hier Niemand denken, im Gegentheil lehrte die Gesammtbetrachtung beider Individuen, dass sie seit der Accquisition ihrer ersten Lues constant unter dem Einflusse einer latent syphilitischen Constitution standen.

Es ist hier der Ort zu verweisen auf eine unter Dr. Angerer's Fällen sich findende Experimentalbeobachtung über den eigenthümlichen Verlauf eines Impfgeschwüres, das entstanden unter den Bedingungen eines reinen Clerc'schen Chancroids stark hyperplastische Erscheinungen geboten hatte. Diese Beobachtung war im Frühjahre 1877 gemacht worden, vor dem Bekanntwerden der Tarnowsky'schen Resultate. Auf diesen Fall folgt dort gleich ein zweiter von Weiterimpfung auf einen gummös Syphilitischen. In diesem Falle war aber das Resultat ein ganz anderes: nicht Erscheinungen von Hyperplasie wie bei Impfungen auf Syphilitische im papulösen Stadium, sondern ein Geschwür kam zu Tage, für das schon damals der unbefangenen Beobachtung die Vergleichung mit einem Hautgumma am nächsten lag. Es wundert mich, dass Tarnowsky dies nicht auch schon beobachtet hat, sondern im Gegentheil nur angibt, dass auch bei tertiär Syphilitischen noch Erscheinungen von Hyperplasie und Induration vorkommen können, was ich durchaus nicht bestreiten will, da wir auch Fälle hievon zu sehen bekamen. Jedenfalls ist dies aber viel weniger charakteri-

stisch als die höchst merkwürdige Thatsache, dass man durch Einimpfung eines Ulcus molle auf einen im gummösen Stadium der Syphilis Befindlichen an der Impfstelle ein sehr wohl charakterisirtes Gumma erzeugen kann.

Weiterer Beweis hiefür ist folgender Fall:

Am 31. Mai 1878 wurde von einem Ulcus molle ein 50jähriger Patient geimpft, der wegen einer seit Jahren bestehenden Psoriasis syphilitica eingetreten war. Dieselbe war nach längerem Jodkaliumgebrauche geschwunden. Anamnestisch war nicht viel zu eruiren, als dass Pat. früher inflammatorische Bubonen hatte, und dass er als Herrschaftsbedienter, Reisecourier u. dgl. sich vielfach in der Welt herum getrieben hatte. Am weichen Gaumen war eine sehr kleine Perforation, über die Pat. nichts anzugeben wusste, da sie ihm nie Beschwerden gemacht. Das Impfgeschwür gestaltet sich folgendermassen:

In den ersten Tagen ein Bläschen mit lebhaft gerötheter Umgebung, sehr schmerzhaft — platzt, hinterlässt ein weiches Geschwür, das immer sehr schmerzhaft bleibend und lebhaft Eiter producirend, über Markstück gross wird. Nach zweimonatlichem Bestande zeigt es, statt zu heilen, immer mehr Tendenz phagedänisch um sich zu greifen. Nach 4 Monaten ist es ein exquisites Hautgumma geworden, das, als es gegen Mitte November mehreren Aerzten und Professoren der Medicin demonstrirt wurde, auf sämmtliche Beschauer vollständig den Eindruck von „exulcerirenden Hauttuberkeln“ machte: nierenförmig, serpiginös, auf einer Seite heilend, auf der anderen weitergreifend. Es heilte auch nicht mehr bis zu dem im Jänner 1879 erfolgten Tode des Patienten in Folge von Nierendegeneration, deren Symptome schon im Herbste sich deutlich gezeigt hatten. Bei der Autopsie fanden sich in der Leber weissliche Knötchen. In beiden Nieren interstitielle Bindegewebswucherungen, beide Hoden atrophisch, im Pancreas ein Gummaknoten.

Ein merkwürdiger Sectionsbefund war noch, dass an den Stellen, wo dem Patienten Sublimatpeptoninjectionen gemacht worden waren, die auf die Heilung des Gumma gar keinen Einfluss gehabt hatten, sich überall kleine Lipome gebildet hatten, als welche die erbsengrossen Knötchen von Herrn Hofrath Rindfleisch, der die Section machte, mit Bestimmtheit angesprochen wurden.

Nicht so hochgradig ausgeprägt, aber doch principiell das gleiche Resultat erhielten wir bei einem hereditär syphilitischen Knaben von

14 Jahren, der auch durch Einimpfung eines Ulcus molle ein deutlich gummöses Geschwür bekam, das aber heilte. Er war ins Spital wegen gummöser Destructio faucium gekommen.

Damit hätten wir die wichtigsten Thatsachen unseres 3. Kapitels bezeichnet; es blieben freilich noch mehrere Parallelversuche aufzuzählen; allein da sie nichts Neues zur Sache beitragen, sondern diese lediglich bestätigen könnten, so verzichten wir darauf, sie einzeln aufzuzählen. Ueberdies mag hier noch einmal darauf hingewiesen werden, dass sich gewiss jederzeit auch hier negative Resultate erzielen lassen, sobald man das Individuum, auf das ein Ulcus molle geimpft wird, so wählt, dass es entweder unmittelbar zuvor unter Mercureinfluss gestanden oder sich durchaus nicht in einer Manifestationsperiode seiner Syphilis befindet; das aber hat der Reiz des Ulcus molle zweifellos vor dem einer schwachen Cauterisation voraus, dass er ein wirklicher Reiz ist und zwar ein nachhaltiger und darum auch ceteris paribus viel mehr Chancen hat, die Syphilis zur Manifestation zu bringen. Wollte man darum von praktischen Gesichtspunkten aus zu diagnostischen Zwecken eine derartige Provocation versuchen, so wäre eine Inoculatio provocatoria einer Cauterisatio oder auch, wie ein Misserfolg uns lehrte, einer Galvanisatio provocatoria vorzuziehen.

Befinden wir uns, wenn auch nicht in Erfahrungen über die factische Häufigkeit der in Rede stehenden Erscheinungen, doch in Anerkennung ihrer principiellen Möglichkeit und damit im Wesentlichen im Einklange mit Tarnowsky, so muss es um so befremdlicher erscheinen, warum denn bisher noch gar Niemand etwas von diesen Erscheinungen will wahrgenommen haben. Vor Allem hätten die Syphilisatoren reichliche Gelegenheit haben müssen, einschlägige Erfahrungen zu machen; hier wurden ja so häufig auf frisch Syphilitischen neu eingeimpfte Geschwüre beobachtet. Es finden sich jedoch in den Angaben von Boeck und Bidenkap in Beziehung auf den weichen Schanker gar keine Andeutungen auffälliger Erscheinungen, — beim harten ist bemerkt, dass bei seiner Benützung öfters Papeln an der Inoculationsstelle zum Vorschein kamen. Es wäre nicht undenkbar, diese Beobachtung in dem Sinne zu deuten, dass hier durch den Reiz der Impfung syphilitische Produkte zur Localisation veranlasst worden wären, doch bleibt

dies höchst hypothetisch und blieben, selbst wenn es so wäre, immer noch grosse Differenzen zwischen der Erscheinungsweise unserer Geschwüre, sowie der von Tarnowsky und diesen Bidenkap'schen „Papeln.“ In einem Vortrage über „provocatorische Aetzung“ zur Diagnostik der Syphilis citirt Köbner[1]) eine Notiz von Meggenhofen, die in der Deutschen Klinik vom J. 1866 steht[2]). Es wäre möglich, dass dieser das Gleiche meinte wie wir, ganz klar ist es mir jedoch nicht geworden. Jedenfalls ging Meggenhofen auch von dem Gedanken aus, durch Aetzmittel auf der Haut eine latente Syphilis zur Manifestation zu bringen.

IV. Kapitel.

Einimpfung des Secretes unzweifelhafter harter Schanker auf Syphilitische.

Wir wollen die vielen negativen Fälle, die hier verzeichnet werden müssten, nicht einzeln aufführen; sie etwa statistisch für ein Procentverhältniss der Autoinoculabilität zu verwerthen, schiene mir auch sehr unberechtigt, nur ein Fall, den ich schon oben (Seite 213) im Auge hatte, als ich von dem oft kaum begreiflichen refractären Verhalten eines syphilitischen Organismus gegen syphilitischen Eiter sprach, möge hier Erwähnung finden.

Weibliches Individuum L. — früher nie syphilitisch, — Infection September 1878. Nach 5 Tagen am Labium majus ein Bläschen, nach einigen weiteren Tagen ein Geschwür. Sie trat darum auf die Abtheilung ein. Hier zeigte sich das Geschwür mit sehr reichlichem Eiter bedeckt, die Ränder infiltrirt. Inguinaldrüsen mässig geschwollen, indolent und hart. Sonst nichts. Von diesem Geschwüre schlugen trotz des reichlichen Eiters 14, Tag für Tag wiederholte Inoculationen auf die Trägerin fehl; es zeigte sich nie auch nur eine Spur von örtlicher Reaction. Die Annahme, dass ein Ulcus syphiliticum vorliege, konnte hiedurch nur Bestätigung gewinnen und Patientin wird ohne Zweifel später von constitutioneller Syphilis befallen worden sein, wenn auch bis zum Tage ihres Austrittes, 2. October, keine Symptome einer solchen aufgetreten waren. — Ungefähr zur gleichen Zeit wurde aber

[1]) Berliner klin. Wochenschr. 1879 Nr. 51.

[2]) Beiträge zur Diagnose der Syphilis, D. Klinik 1866 p. 275.

ein sehr schöner positiver Erfolg erzielt. Am 23. September 1878 war eine Patientin mit hartem Schanker eingetreten, daneben harte geschwollene Leistendrüsen, noch keine Allgemeinerscheinungen. Eine am 29. September von ihrem Geschwüre gemachte Impfung auf ihren Oberschenkel hatte nach 24 Stunden die Bildung eines Bläschens auf geröthetem Grund zur Folge. Daraus entstand im Laufe der nächsten Tage ein anfangs der Grösse des Bläschens entsprechendes, rasch bis zu 1 Ctm. Durchmesser sich vergrösserndes kreisrundes Geschwür mit reichlicher Eiterbildung, weichen Rändern, tiefem Grunde, schmerzhaft. 15. October. Das Inoculationsgeschwür des rechten Oberschenkels granulirt, ist immer noch schmerzhaft. 25. October. Das Geschwür an der hinteren Commissur ist geheilt mit Hinterlassung einer leichten Härte. Auch das Impfgeschwür ist im Heilen begriffen, zeigt aber infiltrirte Ränder. Im Kehlkopf Schwellung des Aryknorpels. 30. Oct. Das Impfgeschwür ist geheilt mit Hinterlassung einer blaurothen etwas harten Narbe. Später kam ein papulöses Exanthem zum Ausbruche. Das Geschwür, ein echtes Clerc'sches Chancroid, hatte keine sehr hervorragenden Erscheinungen von Hyperplasie geboten, sich nicht als typisch modificirtes gezeigt, wohl deswegen, weil es in eine Zeit fiel, wo die Syphilis des Individuums noch nicht recht in Eruption war. Die Abimpfung vom Impfgeschwür auf ein gesundes Individuum folgt an ihrer Stelle im nächsten Kapitel. — Vorher noch zwei weitere Fälle der bisherigen Kategorie: Indurirtes Geschwür am Präputium. Von demselben auf den Träger geimpft 9. November 1879. Schon am folgenden Tage entzündliche und Bläschenbildung. 14. November. Vier ecthymaähnliche Pusteln, 5. December. Die vier Impfgeschwüre sind weich geblieben, der ursprüngliche Schanker ist mit Hinterlassung einer Kartenblatthärte geheilt. Sehr langsam kommen stellenweise Roseolaflecke zum Vorschein. 10. Decemb. Auch diese Impfgeschwüre sind ohne hyperplastische oder Infiltrationserscheinungen geheilt.

Dagegen der letzte Fall:

Nach 14tägiger Incubation am Präputium ein Ulcus induratum, daneben am Frenulum ein kleiner Substanzverlust mit zerfressenen Rändern, reichlicher Secretion, ohne alle Härte, schmerzhaft, offenbar ein Ulcus molle. Am 21. Mai 1879 (Tag nach dem Eintritt) wird von beiden Geschwüren auf den linken Oberschenkel geimpft, oben vom Ulcus induratum, $^1/_2$ Ctm. weiter unten vom Ulcus molle. Am zweiten Tage

geben beide Impfungen Bläschen, die nach ihrem Bersten weiche Geschwüre hinterlassen. 28. Mai. Das ursprüngliche Ulcus molle am Frenulum zeigt indurirte Ränder, sein Grund hebt sich. 4. Juni. Auch die Impfschanker sind hart, nur durch eine schmale indurirte Brücke getrennt, gleichen sich völlig, die Stammgeschwüre sind in starker Wucherung begriffen. 28. Juni ist alles geheilt, keine Allgemeinsymptome bis jetzt aufgetreten, obgleich offenbar jeden Tag zu erwarten. Dennoch lässt sich Pat. nicht halten, sondern tritt aus. Er war nicht mercuriell behandelt worden.

Mit diesem letzten Clerc'schen Chancroid, das zugleich ein typisch modificirtes war, verlassen wir dieses Kapitel, um im nächsten zugleich mit der ungemein wichtigen, bis jetzt noch nie sicher beantworteten Frage: was hat die Impfung vom Clerc'schen Chancroid für Folgen? zugleich die Fragen nach dem Effect der Weiterimpfung sämmtlicher bis jetzt aufgeführten Geschwürsformen zu erörtern.

V. Kapitel.

Einimpfung des Secrets von Chancroiden auf Gesunde.

Darin lag entschieden das Frappanteste in Tarnowsky's Mittheilungen, dass er ganz bestimmt den Satz aufstellte[1]): „Die Absonderung der von ihm erzielten Geschwüre, auf Gesunde übertragen, rufe Syphilis und nicht weiche Schanker hervor", oder noch merkwürdiger[2]): „dass eine an einem pseudoindurirten Schanker leidende Kranke, so lange in der Peripherie des weichen Schankers kein syphilitisches Infiltrat sich ablagert, also im Verlaufe von 9, 12, bis 20 Tagen nur weichen Schanker überträgt. So wie aber das Infiltrat anfängt zu zerfallen und Produkte des Zerfalls dem Secret beigemengt werden, so wird die Kranke alle gesunden Männer, die mit ihr einen Coitus ausüben, mit „gemischten Schankern" anstecken, denen immer Erscheinungen der constitutionellen Syphilis folgen werden." Aber woher kann das Tarnowsky mit solcher Bestimmtheit wissen? Confrontationen sind doch gewiss, auch die günstigste Gelegenheit dazu vorausgesetzt, zu wenig

[1]) l. c. S. 27. — [2]) l. c. p. 32.

zuverlässig — hat er aber geimpft, warum referirt er nicht über seine Experimente? Vorderhand steht also dieser Satz in der Luft. Sehen wir uns darnach um, was Andere in dieser Richtung gefunden, so herrscht unter diesen ziemliche Einigkeit zu Gunsten der Ansicht, dass Syphilis folgt.

Erstens Berkeley Hill[1]) sagt: Die von den mit vulgärem Eiter auf Syphilitischen erzeugten Geschwüren Geimpften seien syphilitisch geworden. Sodann haben Langlebert, Fournier, M. Robert, Profeta durch Impfungen mit dem einem weichen Geschwür eines Syphilitischen entnommenen Eiter auf Gesunde indurirte Schanker erhalten. Hiezu kommt nun noch die Möglichkeit, die oben (S. 193) citirten Bidenkap'schen Versuche in diesem Sinne zu deuten. All dem gegenüber müssen wir als Resultat unserer Versuche anführen, dass direct von einem unmittelbaren Clerc'schen Chancroid viermal auf syphilisfreie Individuen geimpft wurde und zwar jedesmal mit dem Resultat, dass die betreffenden Individuen Ulcera mollia und sonst nichts davontrugen.

Während im ersten Falle, der in Dr. Angerer's Protokollen näher berichtet werden wird, von einem harten Schanker eines Individuums auf ein anderes, frisch syphilitisches, und von diesem alsdann auf ein nichtsyphilitisches geimpft worden war, wurde im folgenden (2.) Falle das erste der Clerc'schen Chancroide des vorigen Kapitels, das bei dem weiblichen Individuum von ihrem eigenen indurirten Geschwür aus erzeugte, dem Ulcus molle gleichende, als Stammgeschwür zur Impfung gewählt auf ein wegen Eczem auf der Abtheilung befindliches altes Weib, das sicher frei von Syphilis war. 8. October 1878. Impfung. 13. October. Zwei grosse Pusteln. 15. Oct. Mässig schmerzhaft. 19. October. Zwei sehr schmerzhafte, mit lebhafter Entzündungsröthe umgebene Geschwüre. 25. October. Zwei reine Ulcera mollia. Zackige, unterminirte Ränder, sehr schmerzhaft, reichlich Eiter producirend. 30. October. Typische Ulcera mollia. 10. November. Zwei weiche Schanker mit Granulationen, die zur Heilung tendiren, dabei im Centrum noch starker eitriger Zerfall. 15. November. Im Reparationsstadium befindliche weiche Geschwüre, confluirend. Viel Eiter. 3. December. Beinahe geheilt. War stets reines Ulcus molle. 18. De-

[1]) a. a. O. S. 256.

cember. Völlig geheilt. 15. März 1879 entlassen, ohne dass eine Spur von syphilitischen Symptomen aufgetreten wäre. 11. October 1879 kommt wieder auf die Abtheilung wegen Scabies. Nichts von Lues zu entdecken.

Dritter Fall: Von einem auf der Trägerin erzeugten Chancroid[1]) wird ein mit Elephantiasis cruris und Morbus Brightii leidender Mann geimpft, der zudem sehr häufig an den geschwürigen Stellen seines elephantiastischen Unterschenkels von Erysipel befallen wird. 22. Dec. 1879. Auf den rechten Oberarm mit zwei Stichen geimpft. 23. Dec. Zwei kleine Bläschen ohne entzündlichen Hof. 25. Dec. Zwei grosse Bläschen ohne entzündlichen Hof; schmerzhaft. 28. Dec. Gelbe Borke, 5 Mm. Durchmesser an beiden Impfstellen. 30. Dec. Borken abgefallen; schmerzhafte weiche Geschwüre. 2. Jänner 1880. Intensiver Zerfall. 5. Jän. Erscheinungen von Hyperplasie. 8. Jän. Die Geschwüre confluiren, bluten leicht. 15. Jän. Die Hyperplasie erreicht keinen hohen Grad, sondern besteht nur in leicht fungöser Wucherung der granulirten Fläche; der Ring fehlt völlig. 25. Jänner geheilt.

Wenn hier Andeutungen von Hyperplasie vorhanden waren, so dürften sie den oben angeführten pathologischen Zuständen des Versuchsindividuums zuzuschreiben sein und somit den auch von Tarnowsky erwähnten Fällen von Skrophulose etc. entsprechen, denn es wurde dieses Geschwür (am 22. Dec. 1879) zwar von einem Stammgeschwüre zu einer Zeit abgeimpft, wo dasselbe Erscheinungen von Hyperplasie völlig charakteristischer Natur bot, wie man sich durch Vergleichung der im Kapitel VII folgenden Beschreibung (S. 244) überzeugen möge, aber das hat ja für unsere Auffassung nichts zu bedeuten, da nach dieser ein typisch modificirtes Geschwür sich nicht als solches fortpflanzt, sondern stets vom jeweiligen neuen Boden auf den es kommt, bestimmt wird. Hiefür ist auch der folgende Fall wieder ein schlagendes Beispiel:

[1]) Dieses Stammgeschwür und die Geschichte seiner Entstehung findet sich nicht im vorigen Kapitel, wo es doch eigentlich erwartet werden musste. Es war nämlich die Quelle dieses Chancroids nicht sowohl ein harter Schanker, sondern der Fluor cervicalis der unten angeführten Patientin des VII. Kapitels. Wir werden allerdings dort noch des Weiteren zeigen, dass für die in Rede stehende Frage das auf diesem Wege erzeugte Chancroid doch einem ächten Clerc'schen gleichgesetzt werden darf und deshalb obige Bezeichnung als „Chancroid" dennoch gerechtfertigt ist.

Ein 36jähriger Arbeiter, früher nie syphilitisch, zeigte bei der Aufnahme harten Schanker, Roseola, Polyadenitis. 11. Februar 1879. Impfung vom harten Schanker auf den Oberschenkel des Trägers. Erst nach sechstägiger Incubation (20. Febr.) zeigt sich eine Pustel, die am nächsten Tage aufspringt und einen linsengrossen Substanzverlust hinterlässt. 26. Febr. Das Impfgeschwür ist 1 Cm. Durchmesser gross, Ränder und Grund sind weich, Eitersecretion reichlich. 4. März. Nimmt hyperplastischen Charakter an; es wird die mercurielle Behandlung begonnen. 20. März. Völlig hergestellt. Als die Hyperplasie-Infiltrationserscheinungen begannen, wurde ein Nicht-Syphilitischer vom Geschwüre abgeimpft. Schon am folgenden Tage ein Bläschen mit rothem Hof, im weiteren Verlaufe vollständig weicher Schanker mit schmerzhafter Schwellung der rechten Leistendrüsen. Auch die Narbe war später völlig weich.

Die oben notirte Incubationszeit von sechs Tagen hat nur ein Analogon in einem Versuche Dr. Angerer's, indem nach 12tägiger Incubationszeit sich auf einem Nicht-Syphilitischen ein Geschwür bildete, das sich hart anfühlte. Obgleich jenes Individuum noch zwei Jahre in Beobachtung blieb, traten an ihm doch nie constitutionelle Symptome auf; jener Fall dürfte somit zu den unklaren zu zählen und nach keiner Richtung zu verwerthen sein. Im vorliegenden aber, der dadurch anders und klarer lag, dass es sich um eine Autoinoculation auf ein schon syphilitisches Individuum handelte, bleibt auch die sechstägige Incubation bemerkenswerth.

Dies waren die unmittelbaren Impfungen von Clerc'schen Chancroiden auf Gesunde. Es ist klar, dass, wenn es schon schwer ist, ein Clerc'sches Chancroid überhaupt zu erzeugen, es noch viel schwerer ist, wenn einem ein solches gerade geglückt ist, gleich ein verfügbares nicht-syphilitisches Individuum zu haben, auf das nun geimpft werden könnte. Geschadet hat es, wie man sieht, keinem derselben — wir haben aber dafür vier unzweifelhafte Fälle als Beiträge zur Lösung einer Frage gewonnen, über die bisher genaue, besonders auch detaillirte, bewiesene und nicht blos dogmatische Sätze völlig fehlten. Nicht als ob wir nun gleich sofort behaupten wollten, es müsse jetzt auch in allen Fällen sich so verhalten, wie in den vier unsrigen — durchaus nicht! Ein Anderer

bekommt vielleicht vier entgegengesetzte Resultate, dann wissen wir, dass es vielleicht bei der Hälfte der Fälle so ist, das andere Mal anders. Es ist schade, dass wir nicht von dem traumatischen Geschwür des ersten oder von dem Vaccinationsgeschwür des zweiten Kapitels auf einen Nicht-Syphilitischen impfen konnten — wir hatten eben keine Individuen dazu — aber andererseits muss doch bemerkt werden, dass hiemit in die reine Frage nach der Wirkung des Clerc'schen Chancroids etwas Fremdes hereingetragen worden wäre, nämlich die gleichzeitige Mitgewinnung von Produkten der Syphilis, die sich in diesen Fällen so eclatant hier abgelagert hatten, während wenigstens in den obigen Fällen 1 und 2 die Impfungen auf die Gesunden gemacht wurden von Chancroiden, die überhaupt nicht sich typisch modificirten oder wenigstens es noch nicht zu der Zeit der Abimpfung gethan hatten; denn sobald diese Verhältnisse und damit auch der höchst frappante Satz Tarnowsky's [1]) von der Differenz in der Wirkung seines „pseudoindurirten Schankers" — je nachdem man im Anfange oder auf dem Höhepunkt seiner Entwicklung von ihm abimpft — sobald diese Fragen hereingezogen werden, so kommen wir auf etwas ganz Neues, dem reinen Clerc'schen Chancroid durchaus Fremdes: und zwar läuft dies principiell ganz einfach auf die Frage nach der Ueberimpfbarkeit der secundär-syphilitischen Symptome hinaus. Wir haben es ja alsdann nicht mehr mit dem ursprünglichen Geschwürssecret zu thun, sondern wir werden die Lancette in Zerfallsprodukte einer sich hier manifestirenden constitutionellen Lues tauchen. A priori hat darum Tarnowsky ganz richtig und scharf geschieden; wenn er nur, was wir schon oben vermissten, unzweifelhafte empirische Beweise dafür gegeben hätte!

Eine der Aufgaben unseres nächsten Kapitels ist auch die, vorzuführen, was wir experimentell in dieser Richtung gefunden haben, nachdem der 3. und 4. der obigen Versuche, gleichzeitig mit dieser Frage complicirt, gegen Tarnowsky gesprochen hatte.

---

[1]) l. c. p. 47. vergl. o. S. 223.

VI. Kapitel.

Fortimpfung von Chancroiden in vielen Generationen promiscue auf Gesunde und Syphilitische.

In dieser Ueberschrift muss ich, um Missverständnissen vorzubeugen, zuerst einen Fehler aufdecken, der mir jedoch der Kürze halber unvermeidlich erschien. Das Stamm-Chancroid dieses Kapitels ist nämlich kein Clerc'sches, weil ein solches im strengsten Wortsinn von einem harten Schanker stammen muss; es ist das Paradigma unseres dritten Kapitels, erzeugt durch Einimpfung eines Ulcus molle auf eine Syphilitische, das (s. oben S. 214) so höchst charakteristische Erscheinungen von Hyperplasie und Infiltration gezeigt hatte. Wir können es aber cum grano salis für die folgende Betrachtung einem Chancroid gleich achten; es erfüllt wenigstens die Bedingung, dass es ein Geschwür auf einem syphilitischen Organismus ist, enthält aber ausserdem das für das nun folgende Versuchsergebniss wichtigste Moment, dass es zur Zeit, als von ihm abgeimpft wurde, bedeckt war mit Produkten syphilitischer Hyperplasie und Infiltration, denn gleich die erste Abimpfung von demselben wurde im Höhestadium seiner oben geschilderten Erscheinungen gemacht: am 2. März 1878.

1. Krankengeschichte des Impflings: A. M., 22 Jahre alt, kräftiger Metzgergeselle, hatte bei Gängen über Land mit vielen Weibern cohabitirt. Er kommt ins Spital mit kleinen Geschwüren auf dem Integument des Penis, die mässig hart, schon in der Reparation begriffen sind. Auf der behaarten Kopfhaut hat er mit Grinden bedeckte Stellen, die von ihrer Decke entblösst, sich als geschwürig und Eiter producirend erweisen, keine bestimmt charakterisirte Form repräsentiren. Eine gleiche Stelle befindet sich am Kinn, wo sie, seit November bestehend, nie geheilt sein soll. Eine entschiedene Stütze erhielt der Verdacht, dass die Geschwüre syphilitischer Natur seien, ex juvantibus. Es wurden 6 Cgr. Sublimatpepton injicirt und die Geschwüre waren ohne örtliche Behandlung geheilt. Der Mercur wird ausgesetzt, um die Reinheit des Impfversuchs nicht zu sehr zu stören.

Verlauf der Impfung: 25. März sind alle typischen Erscheinungen in exquisiter Weise ausgesprochen. Nun wurde die sistirte Mercurialkur fortgesetzt; diese brachte alle hyperplastischen Erschei-

nungen rasch zum Schwinden. 18. April. Beim Austritte des Patienten sind die Geschwüre völlig flach und beinahe ganz überhäutet. Sie hatten genau kreisrunde Form und die Grösse eines Zweimarkstückes gehabt.

2. Am gleichen Tage und aus gleicher Quelle geimpft: B. Sch., 28 Jahre alt, ledige Dienstmagd, mit grosser Wahrscheinlichkeit vom Vater her hereditär syphilitisch; (mehrere Abortus der Mutter, verdächtige Erkrankungen und Todesfälle der Geschwister), bei ihr waren aber noch nie deutliche Erscheinungen dagewesen. Nun, — ein seltenes Beispiel von Syphilis hereditaria tarda — bemerkt sie in ihrem 28. Jahre im Februar 1877 zuerst ein kleines Grindchen am rechten Unterschenkel. Von hier seinen Ausgang nehmend bildet sich ein handgrosses serpiginöses Geschwür; auch am anderen Beine treten Geschwüre auf. Spitaleintritt Februar 1879: Pat. hat grosse oberflächliche Hautgummata am Oberschenkel der einen und Unterschenkel der anderen Seite, theilweise geheilt, theilweise weiter greifend. Die typischen Erscheinungen an der Impfstelle beginnen nach 18 Tagen (20. März), bleiben bis 12. April unverändert bestehen, von welchem Tage ab die Mercureinwirkung stattfindet. Sie heilen nun überraschend schnell, ihre Ueberhäutung ist Ende April beendigt. Es hatten hier sehr grosse Papeln innen an den Geschwürsrändern bestanden. Sehr wichtig ist, dass dieses Individuum gummöse Erscheinungen trug und ebenso das folgende:

3. Impfung gleicher Quelle, gleichen Datums. J. U., Schlosser, 23 Jahre. März 1874. Harter Schanker, Behandlung im Frankfurter Spitale. Nach sieben Wochen maculöses Exanthem. 18. August 1874. 1. Eintritt ins Julius-Spital. Diagnose: Ecthyma syphilitic. papulae aliquot in regione inguin. et ore. Polyadenitis levior. Ulcera specif. palati moll. 2. Eintritt: 28. Jänner 1875. Diagnose: Syphilis cutanea serpiginosa. 3. Eintritt: 27. Juni 1875. Diagnose: Wieder Syph. cut. serpiginosa. 4. Eintritt: 29. Jänner 1878. Er war im Sommer 1875 geheilt entlassen, frei von luetischen Erscheinungen geblieben bis October 1877, wo gummöse Hautgeschwüre am Vorderarm und Unterschenkel auftraten.

Verlauf des Impfgeschwüres: Nach 16tägigem Bestehen, als die Hyperplasie schon begonnen hatte und das Geschwür auf erhöhter Basis sass, wurden Sublimatinjectionen begonnen. Dieselben bringen

die hyperplastischen Erscheinungen rasch zum Schwinden. Es droht aber eine Schenkeldrüse über dem Impfschanker zu abscediren; dieselbe ist schmerzhaft und zeigt alle Charaktere des inflammatorischen Bubo. Energischer Behandlung gelingt es, die Geschwulst zur Resorption zu bringen. 19. April geheilt entlassen mit überhäuteten Gummata und Impfgeschwüren.

Bemerkenswerth erscheint hier, dass die Gefahr des Bubo drohte, nachdem die Mercureinwirkung begonnen hatte. Diese Erfahrung machten wir auch sonst, dass stets rapider Zerfall darauf stattfand und darum auch grössere Gefahr der Resorption durch die Lymphbahnen, gegen welche die hyperplastischen Erscheinungen im Gegentheil einen Wall zu bilden schienen.

Bei den letzten beiden Individuen wurden also trotz ihres gummösen Stadiums typisch-hyperplastische Erscheinungen beobachtet; sie sind darum den oben aufgeführten zwei tertiär Syphilitischen zur Ergänzung gegenüberzustellen, sowie auch den Fällen von Phagedäna und serpiginöser Natur bei den tertiär Syphilitischen Dr. Angerer's.

4. Gleiche Impfquelle. Datum: 10. März 1878. A. B., Puella publica. Eintritt: 23. Februar 1878. Geschwüre am Introitus vaginae nicht autoinoculabel, fühlen sich hart an, verwandeln sich nach 14 Tagen in loco in breite Papeln. Inguinal- und Cervicaldrüsen indolent geschwollen. Dieses Individuum ist dasselbe, auf das wir schon oben im I. Kapitel (s. S. 206) hingewiesen haben, als merkwürdig dadurch, dass zwar die Application der Chlorzinkpaste gar nichts Bemerkenswerthes hervorrief, wohl aber die Einimpfung eines, wie wir dort sagten, Ulcus molle, wie wir im Sinne dieses Kapitels sagen müssen, eines Chancroids. Es wurde nämlich am 10. März auf den Oberschenkel eine Aetzung mit der Chlorzinkpaste, auf den anderen eine Impfung mit dem bisherigen Secret gemacht. Verlauf: Das Aetzgeschwür verläuft genau so negativ wie alle anderen dieser Kategorie, ist nie schmerzhaft, heilt ohne jede charakteristische Erscheinung. Das Impfgeschwür zeigt in den ersten Tagen lebhafte entzündliche Reaction. Nach 6 Tagen Platzen einer grossen Pustel. Nach 20 Tagen sitzt das Geschwür auf einer erhöhten Basis, hat sehr infiltrirte Ränder, kurz alle Erscheinungen des typisch modificirten Geschwüres. Am 30. März wurden Sublimatinjectionen begonnen. Eine heftige Stomatitis nöthigte

schon nach den ersten Injectionen zum Aussetzen des Mercurs. 6 Cgr. waren injicirt worden — 0,01 pro Dosi — sie hatten nur schwache Wirkung auf die enorme Hyperplasie des Geschwüres geäussert und der allein noch möglichen Localbehandlung widerstanden die hyperplastischen Erscheinungen in hartnäckiger Weise. Erst Anfangs Mai waren sie durch mehrmals applicirte starke Aetzmittel so weit zum Schwunde gebracht, dass die Geschwürsfläche im Niveau der umgebenden Haut lag, und sich dann überhäutete.

Dass dieser Fall für die provocatorische Cauterisation geeignet gewesen wäre, beweist eben das Auftreten specifischer Erscheinungen an der Einwirkungsstelle der Impfung; dass trotzdem dies durch indifferente Aetzung erzeugte Geschwür durchaus nichts Charakteristisches bot, dafür haben wir schon oben (S. 206) eine vermuthungsweise Erklärung zu geben versucht; dass die an der Impfstelle auftretenden specifischen Erscheinungen in diesem Falle unmöglich Wirkungen eines auf den Organismus mit dem Impfstoff von aussen neu eingedrungenen syphilitischen Agens sein konnten, lässt sich beweisen durch die unzweifelhaft constitutionelle Syphilis des Individuums (breite Papeln), die gerade gegen Neuimport von syphilitischem Virus sich völlig immun hätte verhalten müssen.

5. Abimpfung von Geschwür Nr. 2 und 4 am 19. und 27. März 1878. B. Sch., junge kräftige Person, aus dem Gefängniss ins Spital geschickt mit zahlreichen, nässenden, breiten Papeln ad vulvam et anum, die von der Patientin kaum beachtet worden waren und über deren Dauer deshalb gar nichts zu eruiren ist. Dieselben schwinden unter einer Mercurialkur sehr rasch. Am Tage der Impfung hatte sie schon 4 Sublimatpeptoninjectionen bekommen, die fortgesetzt wurden. Als von dem Geschwür Nr. 2 abgeimpft wurde, bestand dasselbe 17 Tage und begann eben seine charakteristischen Erscheinungen zu entwickeln. Es entsteht nun eine Pustel, die nach 6 Tagen platzt und ein kleines seichtes Geschwürchen von Erbsengrösse hinterlässt. Dasselbe entwickelt sich nicht weiter. Auf diesen scheinbar negativen Erfolg hin wird am 27. März nochmals auf den gleichen Oberschenkel eine Impfung vom Geschwüre Nr. 4 gemacht, das damals 18 Tage alt, sich im gleichen Stadium befand, wie Geschwür Nr. 2. Hier schien anfangs ganz das gleiche Verhalten stattzuhaben; es war eine kleine

geplatzte Pustel da, weiter nichts, die nach Vollendung der gewöhnlichen Kurzeit und völligem Rückgang der breiten Papeln keinen Anlass gegeben hätte, Patientin noch länger im Spital zu behalten. Da sie aber, abgesehen von ihren geheilten syphilitischen Erscheinungen überdies mit spitzen Condylomen behaftet war, so gab der hiedurch verlängerte Spitalaufenthalt Gelegenheit zu weiteren Beobachtungen. Das erste Geschwür trocknete definitiv ein. Das zweite blieb mehrere Wochen ziemlich gleich stets erbsengross. Es zeigt jedoch auch keine Tendenz zur Heilung, sondern wird im Gegentheil allmälig sehr langsam grösser, secernirt reichlich Eiter, ist schmerzhaft, häufig mit grauem Belag bedeckt. Die Ränder sind ganz unregelmässig. Anfangs Mai war es über Markstück gross geworden und konnte am 2. Mai als typisches Bild eines Ulcus phagedaenicum klinisch demonstrirt werden. Mitte Mai immer noch status idem. Nach 7wöchentlichem Bestand ergab sich nun die Nothwendigkeit therapeutischen Eingreifens. Es wurde durch mehrere Tage eine Arsenpaste aufgelegt, worauf die Heilung endlich am 13. Juni vollendet war.

Eine Erklärung des Verlaufes dieses Geschwüres lässt sich nur mit Berücksichtigung der Quecksilbereinwirkung geben. Statt rascher Hyperplasie retardirter Verlauf und Neigung zu Phagedäna. beruhend auf dem durch Mercur bewirkten rapiden Zerfall. Weiter unten wird ein von ihm abgeimpftes Geschwür beschrieben werden, das auf einer nicht mercurialisirten frisch Syphilitischen hyperplastische Erscheinungen in hohem Grade hervorrief.

6. Zunächst wurde nun vom Geschwüre Nr. 1 weiter geimpft, am 19. März auf M. Z., Schuhmacher, 55 Jahre alt; derselbe kommt mit breiten Papeln ins Spital. Das Stammgeschwür war 17 Tage alt. 3. April bietet das Impfgeschwür das Bild eines reinen Ulcus molle; 10. April zeigt es am Grunde etwas Ansatz zu Hyperplasie. 16. April. Das Geschwür zeigt in seiner einen Hälfte typische Modificationserscheinungen, ist hier auch scharf gegen die Umgebung abgesetzt; in der anderen dauert die blosse Eiterung fort; dem entsprechend sind hier die Ränder unterminirt. So bestehen nun auf der einen Seite der Heilung in den Weg tretende hyperplastische Erscheinungen, auf der anderen ebenso hinderlicher Zerfall. Die Zone des Zerfalls nimmt aber von Tag zu Tag zu Gunsten der Hyperplasie ab. Da keine allgemeine Quecksilberbehandlung eingeleitet wurde, so war es schwer blos durch

Präcipitatsalbe und Druckverband der Erscheinungen Herr zu werden. Das Geschwür brauchte auch bis zum 20. Mai zur Heilung.

7. J. B. ledig, Bäcker von Würzburg, 35 Jahre alt, wurde schon in seinem 21. Jahre im Juliusspitale 9 Tage lang wegen eines Geschwüres am Penis örtlich behandelt, dann entlassen. 2 Monate darauf traten, während er sich in Bamberg aufhielt, breite Condylome ad anum auf. Die örtliche Behandlung mit Plenck'scher Solution, dabei innerlich 3 Quecksilberpillen pro die brachten dieselben bald zum Schwinden. Nach 15 Tagen wurde er entlassen. Bis zum Jahre 1871 will er dann vollständig gesund gewesen sein, nur seien ihm mehrere Male an beiden grossen Zehen die Nägel unter mässigen Schmerzen ohne Eiterung oder Entzündung der Umgebung abgefallen, haben sich alsdann immer rasch ersetzt. Anno 1871 hatte er einen Ausschlag im Gesicht, bestehend in vereinzelten Knötchen. Derselbe verging von selbst. Seit Dec. 1877, bis zu welcher Zeit er wieder ganz gesund gewesen sein will, sind die Leistendrüsen indolent und mässig hart geschwollen, die rechtsseitigen in bedeutend höherem Grade. In letztere wurde von einem Arzte eine Incision gemacht, die eine gelbe Flüssigkeit entleerte. Eine Allgemeinbehandlung hat er nie mehr durchgemacht. Bei der Aufnahme zeigt sich Patient als sehr heruntergekommenes anämisches Individuum. Körpergewicht: 50 Kilogramm bei mittlerer Grösse. Scrotum und Präputium am ersten Tage mässig ödematös. Die Schwellung verliert sich schon am nächsten Tage. Urin stets eiweissfrei. Die übrigen Drüsengruppen ausser den inguinalen sind nicht geschwollen, nur in der rechten Fossa supraclavicularis ist ein Drüsenpacket zu fühlen, das bei der Palpation sich schmerzlos und weich zeigt. In den ersten Tagen seines Spitalaufenthaltes hat Patient constant abendliches Fieber, heftige Diarrhöe; an Lunge, Leber und Milz lässt sich physikalisch nichts Abnormes nachweisen. Zwei Tage nach seinem Eintritt wird er geimpft von Geschwür Nr. 3, das damals den Höhepunkt seiner Entwicklung schon erreicht und von Mercur schon bedeutend beeinflusst worden war (s. o.). Am gleichen Tage auf den anderen Oberschenkel eine Impfung vom Geschwür Nr. 6, das damals 16 Tage alt war und sich am Tage der Impfung in dem oben vom 3. April geschilderten Zustand befand, nämlich ein reines Ulcus molle darstellte. Beide Inoculationsstellen zeigen in den ersten Tagen etwas entzündliche Röthung der Umgebung; erst am vierten Tage entwickeln sich kleine Bläschen, die am 7. noch nicht geplatzt sind.

16. April. Die Bläschen sind völlig vertrocknet; der weitere Verlauf ist folgender: Das erste Geschwür verschwindet spurlos auf immer, kaum eine Narbe zurücklassend; das zweite dagegen erhält sich als kleines seichtes Geschwürchen einen Monat lang. Unterdessen wurde noch einmal vom Geschwüre Nr. 6 geimpft, am 30. April; (man vergleiche oben, dass bis zu diesem Termin das Geschwür Nr. 6 schon hyperplastisch geworden war; bei dem eigenthümlich getheilten Zustand jenes Geschwüres sei noch besonders bemerkt, dass die Lancette in die Region des Zerfalles getaucht wurde, da wo am meisten Eiter lag). Auch dieses Impfgeschwür entwickelte sich sehr langsam, zwar ohne Incubation, aber wie die vorhergehenden mit sehr langen Initialstadien. Am 21. Mai sind jedoch die zeitlich 25 Tage auseinanderliegenden Geschwüre einander völlig gleich. Beide haben den Umfang einer Erbse noch nicht überschritten. In den nächsten Wochen erheben sich die kleinen Geschwürchen langsam über das Niveau der umgebenden Haut, zeigen kleine Granulationszäpfchen, aber keinen Ring; an beiden bilden sich durch spontane Autoinoculationen noch kleinere Geschwürchen in der Umgebung, links vier im Kreise gleich Jupiterstrabanten gestellt. Diese gleichen auf der Höhe ihrer Entwicklung völlig dem Centralgeschwüre. Ebenso langsam wie die Entwicklung geschieht die Heilung. Nachdem noch im ganzen Juni semper status idem zu constatiren gewesen war, bilden sich unter gleichzeitiger Einwirkung einer Mercurialkur Anfangs Juli im Centrum der Geschwürchen kleine Epidermisinseln, durch deren Weiterwachsen die Heilung am 15. Juli, nach fast $3^1/_2$ resp. nach $2^1/_2$ Monaten vollendet ist. Das Allgemeinbefinden hatte sich schon vom 10. Mai ab, wo das abendliche Fieber aufhörte, unter roborirender Behandlung bedeutend gebessert. Der Bubo, der als gummöser gefasst werden musste, hatte sich nicht verkleinert. Nachdem am 25. Juni das Körpergewicht von anfänglich 50 Kilo auf 61·750 gestiegen war, erlaubte das Allgemeinbefinden entschieden durch eine Mercurialkur auf den Bubo einzuwirken. Dieselbe hatte auch in Gestalt von 15 Injectionen à 1 Cgr. Sublimat volle Wirkung. Pat. konnte, nachdem gleichzeitig die Impfgeschwüre geheilt waren, am 15. Juli als völlig geheilt und mit dem Körpergewicht 63·500, also einer Zunahme von 25 Pfund entlassen werden.

Bemerkenswerth erscheint in diesem Falle der enorm langsame Verlauf; fraglich ist die Deutung der Geschwürsform, und sehr in Betracht dürfte bei allem kommen die anfängliche, sich

während des Bestehens der Geschwüre verlierende Cachexie. Fungöse Wucherungen bilden sich bekanntlich unzählige Male bei cachectischen Personen; dass sich hierin eigentlich syphilitisches Infiltrat abgelagert, ist sehr unwahrscheinlich; vor Allem fehlte der charakteristische Ring. Ob die immerhin noch sehr langsame Heilung dann unter Mercureinfluss oder mehr unter dem Einfluss der immer besseren Ernährung zu Stande kam, lässt sich mit Sicherheit nicht entscheiden. Das Körpergewicht könnte einen Anhaltspunkt geben; bis 18. Juni war es auf 61 Kg. gestiegen, dabei zeigen die Geschwüre noch keine Tendenz zur Heilung. Als aber Mercur einwirkte, heilten sie, obgleich von da ab das Körpergewicht nicht mehr nennenswerth stieg. Wir hätten also auch hier den Fall eines Tertiär-Syphilitischen, der trotzdem nicht Zerfallserscheinungen an der Impfstelle zeigte, dagegen auch keine einer besonderen Hyperplasie, und doch verlief das Impfgeschwür auch wieder nicht als reines Ulcus molle. So bleibt uns hier der Einfluss der tertiären Syphilis nur noch als ein retardirender, anfangs sogar eine scheinbare Immunität verleihender. Diese Auffassung und damit die Fixirung einer dritten Möglichkeit der Reaction eines tertiär syphilitischen Organismus auf provocatorische Impfung erhielt mehrfache Bestätigung durch einige weitere Versuche, in denen auf Tertiär-Syphilitischen nichts anschlagen wollte, die ich aber als nicht in die Reihe gehörig, nicht im Detail aufführe. Um so ausführlicher glaubte ich dagegen vorstehenden Fall schildern zu sollen, da er zugleich lehrt, wie viele Bedingungen oft in Wirklichkeit concurriren, zwischen denen eine sichere Auswahl sehr schwer ist. Den Grund des abweichenden Verhaltens nur im Impfsecret zu suchen, ist nicht zulässig, denn wenn auch zufällig der nächste Versuch, wo auch vom gleichen Geschwür abgeimpft wurde, wieder negativ ausfiel, so lehrt dagegen der übernächste, dass das Secret an und für sich, wenn nur auf ein geeignetes Individuum gebracht, sehr wirksam war.

8. Wie schon gesagt, wurde hier vom gleichen Geschwüre abgeimpft, wie im vorigen Versuche (nämlich von Nr. 6), und zwar auf einen kräftigen Metzgerburschen (23 Jahre alt) am 13. April und den folgenden Tagen. Er war im September 1877 inficirt worden, trat im Heidelberger Universitätsspitale am 20. September wegen harten Geschwüres an der Eichel ein, ohne secundäre Erscheinungen, wurde dort

mit 58 Inunctionen bis zum 20. Februar 1878 behandelt. Die Sklerose soll sehr langsam geschwunden sein. Vor fünf Wochen hat er wieder einen Coitus ausgeübt, der ihm verdächtig erschien und ihn veranlasste, am 12. April 1878 ins Spital einzutreten, wo die Untersuchung jedoch nur kleine Herpesbläschen des Penisintegumentes ergibt, die nach einigen Tagen verschwunden sind. Dagegen bricht in den ersten Tagen seines Spitalsaufenthalts eine Roseola aus, über Rumpf, Arme und Schenkel verbreitet. Fieber und Angina. Eine Mercurialkur bringt alle Erscheinungen zum Schwinden. Am 13. April wurde reichliches eitriges Secret vom Geschwür Nr. 6 auf ihn geimpft, ebenso in den folgenden Tagen. 16. April. Unbedeutende entzündliche Reaction — eine vertrocknende Pustel. 30. April. Auf beiden Oberschenkeln 3 kleine Ulcera mollia von Erbsengrösse, dieselben vertrocknen nach einigen Tagen vollständig und definitiv. Am 1. Juni geheilt entlassen.

Die Schuld an diesem refractären Verhalten könnten wir wohl der vorhergegangenen gründlichen Mercurialisirung des Individuums zuschreiben; wenn dann nur nicht auffallend wäre, dass gerade um diese Zeit eine Roseola ausbrach, also hätte erwartet werden müssen, dass gerade der günstigste Augenblick gekommen war, bei einmal gesetztem Reiz ein typisches Modificationsgeschwür zu erzeugen. Man sieht hier wieder recht deutlich, wie launenhaft die Syphilis ist und wie sie sich nichts vorschreiben lässt, wie aber eben darum negative Versuchsresultate nur beweisen, dass es nicht immer so sein muss, wie es in anderen Fällen ist.

Der folgende Versuch soll nun deutlich zeigen, dass es nicht das unwirksame Secret war, was die negativen Erfolge in den vorigen Fällen verschuldete.

9. Datum der Impfung: 19. April. Impfquelle: Geschwür Nr. 6. Versuchsindividuum: 38 Jahre alte Dienstmagd, litt vor 18 Jahren an Secundärsymptomen von Syphilis, machte damals eine Schmierkur durch. Ob bei ihr noch active Lues vorhanden ist, eventuell in welcher Periode sich dieselbe befindet, lässt sich nicht bestimmt entscheiden, da seither keine sichtbaren Haut- oder Schleimhautaffectionen vorhanden waren und bei ihrem gegenwärtigen einzigen Leiden: hochgradigem Asthma, die Diagnose der medicinischen Klinik: Broncho-

stenosis luetica nicht mit völliger Sicherheit gestellt wurde. Jedenfalls hat sie aber sehr viel Mercur bekommen.

In diesem Falle wäre ja nun die provocatorische Methode sehr schätzbar gewesen, um das Dunkel zu erhellen. Und doch konnte sie es nicht, nach meiner Auffassung wegen der vorhergegangenen gründlichen Mercurialisirung. Wenigstens hyperplastische Erscheinungen durften nicht mehr mit grosser Wahrscheinlichkeit erwartet werden, höchstens Gummata wie in unseren obigen Fällen. Das Wahrscheinlichste war aber hier, im Fall früher Syphilis vorhanden war, eine Mittelform, ein Ulcus molle mit Neigung zu Phagedäna. So verhielt es sich auch in der That. Es bildet sich ein neues Ulcus molle, das sehr schmerzhaft ist und bald chronischen Charakter zeigt. Nach 4 Wochen droht es phagedänisch zu werden und hat Zweimarkstückgrösse erreicht. Unter energischer Anwendung von Carbolsäure gelingt es ein Weitergreifen zu verhüten und das Geschwür bis zum 17. Juni zur Heilung zu bringen. Es sei hier noch darauf hingewiesen, wie verschieden Stammgeschwür Nr. 6 und dieses verliefen, so dass auch die zur Heilung nöthigen therapeutischen Massnahmen geradezu entgegengesetzt sein mussten — dort Druck zur Bekämpfung der Hyperplasie, hier im Gegentheil Schutz vor Zerfall, Beförderung von Granulationen.

10. Puella publica, sehr anämisch, tritt ein mit zahlreichen breiten Condylomen ad vulvam, deren Dauer nicht zu eruiren. Erhält gleich in den ersten Tagen nach ihrem Eintritte, 18. April 1878, 3 Sublimatinjectionen. Am 24. April wird vom Secret des Geschwüres Nr. 5 (s. o. S. 234) auf sie geimpft. Der Verlauf ist annähernd der eines typisch modificirten Geschwüres, doch sind sowohl die Erscheinungen des Ringes, als der centralen Hyperplasie nicht besonders stark ausgeprägt. Dagegen zeigte es auch von dem phagedänischen Charakter des Muttergeschwüres keine Spur.

11. Von demselben Geschwüre wie im vorigen Versuche Nr. 5 wird geimpft am 23. April 1878 eine Puella publica, die aus dem Gefängnisse ins Spital kommt, nachdem sie dort 3 Wochen zugebracht und Scabies acquirirt hatte. Es finden sich bei ihr überdies zwei erbsengrosse Geschwüre an der Innenfläche der Labia minora. Härte ist in denselben keine zu fühlen, aber das Centrum ist elevirt, glänzend. Dieselben erweisen sich, obgleich mit Secret bedeckt, als nicht autoinoculabel. Weil schmerzlos, waren sie der Trägerin gar nicht bekannt. Nach einer Woche waren sie unter localer Behandlung ge-

heilt. Patientin blieb bis 15. Juli 3 Monate im Spital. Im Juni trat allgemeine Drüsenschwellung und Angina auf. Der Verlauf der Impfung dieses völlig mercurfreien Individuums war folgender: Nach 3 Wochen traten typische Modificationserscheinungen in hohem Grade auf. Mitte Juni, nach 7 Wochen, war es ohne Therapie geheilt mit Hinterlassung einer harten Narbe.

12. Gleichfalls von Nr. 5 wie in beiden vorhergehenden Fällen wird am 29. April ein hereditär syphilitisches Kind, $3^1/_2$ Jahre alt, das intensiv mercurialisirt war, geimpft. Wie zu erwarten, verlief die Impfung hier ganz nach der Richtung des Zerfalles. Es entwickelte sich ein ganz unregelmässiges phagedänisches Geschwür. Also sehr verschieden von den beiden vorigen, obgleich aus gleicher Quelle stammend.

13. Von dem, wie berichtet, so stark hyperplastischen Geschwür Nr. 11 wurden drei Abimpfungen auf ganz verschiedene Individuen so ziemlich an denselben Tagen gemacht. Die erste auf ein mit frischen breiten Papeln behaftetes Mädchen, nicht mercurialisirt, entwickelte die gewöhnlichen, typischen Hyperplasieerscheinungen, heilte dann unter neu einsetzendem Mercureinfluss.

14. Ferner auf eine seit 5 Jahren Syphilitische, stark mercurialisirt. Der Verlauf ist ein ganz fulminanter; schon am 3. Tage ein unterminirtes Geschwür mit lebhaften entzündlichen Erscheinungen der Umgebung. Sehr schmerzhaft; ganz unregelmässige Ränder. Ulcus molle phagedaenicum. Als solches besteht es mit sehr lebhafter Eiterung den Juni hindurch fort, ist aber am 1. Juli unter reinigender Behandlung geheilt.

Endlich auf einen Nicht-Syphilitischen, den einzigen dieser Reihe:

15. Gesunder Kutscher, 40 Jahre alt, tritt ein mit stark eiternder Gonorrhöe und Balanoposthitis. Impfung am 7. Juni 1878 vom Geschwür Nr. 11, das noch sehr hyperplastisch ist. Verlauf: Entwicklung ohne Incubation. Chronisches Ulcus molle mit grossem Hang zur Phagedäna; gegen die Zeit der Heilung zeigt es gesunde nicht wuchernde Granulationen, ist jedoch erst am 20. August völlig überhäutet. Das Individuum blieb somit vom Tage der Impfung an $2^1/_2$ Monate in Beobachtung und blieb völlig frei von Syphilis, hielt sich auch nachher in Würzburg auf und wurde auch später nicht syphilitisch.

Es war hier von einem ganz exquisiten, pseudoindurirten Schanker im Sinne Tarnowsky's abgeimpft worden und es war keine Syphilis gefolgt.

Hiemit schliesst die Reihe unserer Versuche, soweit sie in continuo gemacht wurden. Ihre ermüdenden und langweiligen Details glaubte ich doch nicht weglassen zu dürfen, weil nur dadurch jeder Leser in den Stand gesetzt ist, die Richtigkeit unserer Deutung der Thatsachen kritisch zu prüfen. Die von uns schliesslich adoptirte Theorie ist ganz entschieden unter dem Einflusse Tarnowsky's gestanden und deckt sich auch im grossen Ganzen mit der seinen, wenn auch im Einzelnen bedeutende Differenzen sich ergeben. Aber sehr zu vermissen ist an der Tarnowsky'schen Arbeit der völlige Mangel an Beweisen. Wir glauben auch ihm einen Dienst zu erweisen, wenn wir diese hier in reichlicher Zahl geboten haben. Beweise sind es wenigstens nunmehr für uns, ob sie es auch für Andere werden, muss der weiteren Erörterung überlassen bleiben, umsomehr, als die beiden Kritiker, die sich seit dem Erscheinen der Tarnowsky'schen Arbeit mit ihr befasst haben, Kaposi und Köbner, unbarmherzig mit ihr in's Gericht gegangen sind.

Würde man aber aus unserer Arbeit die wenigen positiven Resultate streichen und liesse man nur die vielen negativen stehen, so wären sie freilich auch nur ein Beitrag zum Verdammungsurtheil und doch sind gerade die wenigen positiven die beweisenden — die anderen aber für die Frage nach der Existenz der Thatsachen überhaupt werthlos, wenn schon nicht für die Frage nach der Häufigkeit der in Rede stehenden Erscheinungen. In dieser Richtung haben wir gezeigt, dass sie selten sind und häufig von unberechenbaren Bedingungen abhängen, während es in anderen Fällen gelingt, die Bedingungen des gar nicht Auftretens oder veränderten Auftretens zu entdecken. So steht es auch mit einer Schlussfrage, mit der wir uns noch im Anschlusse an unser zuletzt aufgeführtes Erperiment, die Impfung auf einen Gesunden, zu beschäftigen haben. Sein Resultat hat ja nicht gestimmt mit dem Tarnowsky'schen Satz, dass, wenn man Secret aus dem hyperplastischen Geschwür nimmt und es auf den Gesunden impft, Syphilis folgen müsse; dass sie dies nicht muss, hat unser Versuch gezeigt. Selbstverständlich ist damit aber nicht gesagt, dass sie es

nicht kann. A priori wäre dies sogar zu erwarten, denn was thun wir denn, wenn wir von einem solchen Produkt syphilitischer Hyperplasie impfen, Anderes, als wenn wir von einem secundär syphilitischen Produkt, der nässenden Papel impfen? Dass aber diese Syphilis zur Folge haben, ist nach den Versuchen von Wallace, Waller, Rinecker und vielen Anderen nach ihnen seit Jahrzehnten bekannt. Wenn darum, wie in unserem Falle, eine solche Impfung nur ein Ulcus molle erzeugt, so ist dies für den dualistischen Standpunkt entschieden ebenso oder noch mehr befremdlich, wie unsere vier gleichen Resultate der Abimpfungen vom Clerc'schen Chancroid. Es ist gut, bei dieser Gelegenheit die Differenz zwischen typisch modificirtem Geschwür — einerlei welcher Abstammung — und Clerc'schem Chancroid sensu strictiori entschieden zu betonen. Es könnte nämlich das Clerc'sche Chancroid immerhin auf Gesunde verimpft blos ein Ulcus molle zur Folge haben, ohne dass dadurch der Dualismus sehr wesentlich gefährdet wäre. Man könnte dann die Clerc'sche Hypothese einführen, die zwar die beiden Schankerformen in nähere Beziehungen zu einander setzt, aber doch im Allgemeinen daran festhält, dass sich harter aus hartem Schanker entwickelt, so lange er nicht durch die Begegnung mit einem bereits syphilitischen Organismus — auch dem eigenen des Trägers — genöthigt wird, seine Specificität aufzugeben und zum Ulcus molle herabzusinken. Der Uebergang vollzöge sich aber nach dieser Auffassung immer nur auf einem syphilitischen Organismus, während ein Ulcus syphiliticum sonst nie in die Lage käme, seinen Charakter aufzugeben, sich demnach auf Gesunde stets als solches fortpflanzen müsste. Dagegen muss ein einziges derartiges Versuchsresultat, wie unser letztes — wenn unsere Auffassung desselben richtig ist, dass nämlich hier auf Einimpfung syphilitischer Materie auf einen nicht-syphilitischen Organismus ein reines Ulcus molle entsteht — den Dualismus gewaltig in die Enge treiben. Ich bin aber weit entfernt, aus einem einzigen derartigen Resultat gleich weitgehende Schlüsse zu ziehen. Wir können vielmehr hier abbrechen, um so mehr, da wir uns mit der Frage des Dualismus doch noch am Schlusse unserer Arbeit zu befassen haben werden, wo es sich als nothwendig erweisen wird, die Beweiskraft, die Tarnowsky in dieser Richtung seinen Versuchsresultaten beimisst, ernstlich anzufechten. Vorher haben

wir aber noch die letzte Kategorie unserer Impfversuche zu erledigen.

VII. Kapitel.

Einimpfung des Secrets des Uterinkatarrhs von Syphilitischen auf die Trägerinnen und andere Syphilitische.

Es ist uns hier in erfreulicher Weise gelungen, einen experimentellen Beitrag zur Lehre Morgan's von der Infectiosität des Uterin- und Vaginalkatarrhs constitutionell syphilitischer Weiber zu geben, der nicht nur in theoretischer, sondern sehr wesentlich auch in praktischer Richtung werthvoll erscheinen muss.

Das erste Versuchsindividuum war uns genau bekannt: Puella publica, zuerst im Juli 1877 wegen Fluor albus auf der Abtheilung; damals frei von Lues. Dec. 1877. Ulcus induratum. Nach 6 Wochen geheilt entlassen. Inunctionskur. 23. Sept. 1878. Wiedereintritt: Tonsillitis und Laryngitis specifica, Polyadenitis; 25 Sublimatinjectionen. Wiedereintritt 26. Febr. 1879: Ulcus molle resp. recidivirende Sklerose: an der Innenseite der rechten, stark vergrösserten Nymphe, die Mitte derselben einnehmend, ein bohnengrosses Geschwür mit mässig harten, in Heilung begriffenen Rändern, geringer Secretion, schmerzlos; Impfung ohne Erfolg. Wäre in diesem Falle eine Confrontation möglich gewesen, so hätte man als neuen Reiz ebensowohl ein Ulcus molle als ein Ulcus syphiliticum des inficirenden Mannes erwarten dürfen, da der Effect auf dem syphilitischen Boden der gleiche sein musste. 6. August 1879 kommt sie wieder mit einem ähnlichen Geschwür, das am 2. September unter örtlicher Behandlung geheilt ist. Letzte Wiederaufnahme 21. November 1879. Auf Denunciation dreier Studenten der Medicin wurde die vom Polizeiarzt zwei Tage zuvor untersuchte und rein befundene Patientin ins Spital geschickt. Alle drei Studenten, die innerhalb dreier Tage von ihr inficirt worden waren, hatten nach 3—4 Tagen multiple weiche Schanker. Alle drei behaupten, lange Zeit vorher keinen Coitus ausgeübt zu haben. Als aber Patientin im Spital wiederholt untersucht wird, ist auch jetzt an ihr durchaus kein Geschwür zu entdecken, dagegen ein sehr starker Fluor cervicalis. Von diesem wird am 21. November 1879 in Gegenwart des Herrn Bezirksarztes Dr. Hoffmann auf einen Oberschenkel

mit zwei Stichen geimpft, die Impfstellen mit Uhrschalen bedeckt. 22. November. Zwei Bläschen mit rothem Hof. 29. November. Bläschen gesprungen, zwei Geschwüre mit dem Charakter des weichen Schankers. 1. December 1880. Zwei weiche Schanker 8 Mm. Durchmesser, schmerzhaft, eitern stark; 7. December. Die ovalen, jetzt 1 Cm. langen Impfgeschwüre bekommen einen Ring. 12. December. Heilungstendenz vom wallartigen Rand her. 17. December. Die Geschwüre zeigen deutliche Härte; 23. December. Deutlicher Ring am oberen Geschwür — das untere ist geheilt — bot nicht so deutlich charakterisirte hyperplastische Erscheinungen. 30. December. Alle Geschwüre geheilt, die Narben des einen mehr, des anderen weniger hart. Von diesem Geschwüre wurde, worauf schon oben (Cap. V, S. 227) hingewiesen ist, die dort geschilderte Abimpfung auf einen Nicht-Syphilitischen gemacht — wie hier noch ausdrücklich wiederholt werden mag, am 22. December, also zu einer Zeit, wo die hyperplastischen Erscheinungen in Blüthe standen — und doch mit dem Erfolg, dass ein Ulcus molle sich entwickelte und keine constitutionelle Lues folgte. Wäre es erlaubt gewesen direct vom Fluor einer Syphilitischen auf Gesunde zu impfen, so hätte in diesem Falle die Frage möglicherweise unmittelbar bejaht werden können, dass ein Produkt eines syphilitischen Organismus unmittelbar auf einen Gesunden übertragen, weiche Schanker hervorruft. So müssen die Confrontationen zu Hilfe gerufen werden; drei Mediciner acquirirten nur weiche Schanker. Es war dies höchst auffallend und die Betreffenden fingen selbst an, sich wissenschaftlich für ihren Fall zu interessiren, der auch für den Polizeiarzt um der hiemit nachgewiesenen Möglichkeit willen eines scheinbar ganz unbedenklichen Untersuchungsresultates bei dennoch fortbestehender Infectiosität grosses Interesse bieten musste. Confrontation und Impfung zusammengehalten, lässt demnach wenigstens zu einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit gelangen. Nachdem dieses Resultat bekannt war, wurden vier Monate lang von jeder mit Fluor eintretenden Syphilitischen Impfungen mit Secret ihres Fluor albus auf sie selbst gemacht — in Dutzenden von Fällen vergeblich, bis denn am 9. April 1880 wieder einmal eine glückte.

Pat. seit zwei Jahren syphilitisch, Strassendirne, tritt am 9. April 1880 ein mit exulcerirenden Papeln, Plaques der Mundschleimhaut. 10. April. Geimpft vom Secret ihres starken Cervicalfluors auf sie selbst. Am nächsten Tage kleine Pusteln, die nach dem Platzen kleinere Geschwüre

von Linsengrösse hinterlassen. Dieselben sind schmerzhaft, vergrössern sich im weiteren Verlaufe nur wenig, produciren aber genügend Eiter. 3. Mai 1880. Die Impfgeschwüre sind geheilt mit Hinterlassung papulöser, mässig infiltrirter Narben. Während ihres Bestehens bieten sie keine ausgesprochenen Erscheinungen der Hyperplasie. — Von diesen Impfgeschwüren wurde in zwei Generationen mit Erfolg auf Gesunde weiter geimpft. Am 23. April 1880 auf einen wegen Psoriasis universalis auf der Abtheilung für Hautkranke befindlichen Gürtler, 27 Jahre alt, früher nie syphilitisch. Die auf den linken Oberarm gemachte Inoculation erzeugte nach 24 Stunden Bläschen mit entzündlichem Hofe, dann einen lange bestehenden, hartnäckigen weichen Schanker mit intenser Eiterung, grosser Schmerzhaftigkeit, Schwellung der entsprechenden Axillardrüse. 29. Mai. Das Impfgeschwür misst 12 Mm. im Durchmesser, hat einen tiefen, eiterbedeckten Grund, unterminirte zernagte Ränder, ist sehr empfindlich. Von dem eitrigen Secrete desselben wird an diesem Tage ein 14jähriger, nicht syphilitischer, wegen Herpes tonsurans und scrophulöser Drüsenaffectionen des Halses in Behandlung stehender Bauernknabe auf dem linken Oberarme geimpft, ebenfalls mit dem Erfolge der Bläschen- und Geschwürsbildung nach 24 stündiger Incubation. Doch verlaufen in diesem Falle die beiden erzeugten Geschwüre minder heftig wie im vorhergehenden. Schon in der dritten Woche des Bestehens zeigt sich Heilungstendenz und zugleich geringe Neigung zur Hyperplasie — hier offenbar bedingt durch die scrophulöse Diathese des Geimpften. Anfangs Juni tritt auch das oben geschilderte Inoculationsgeschwür in das Reparationsstadium. Diese schwächere Reaction ist auch darum lange nicht so charakteristisch, wie jene im ersten Fall, weil dort an der Stelle des einen Geschwüres sich auch in schönster Weise typische Modificationserscheinungen gezeigt hatten, gerade so wie jenes Individuum solche auch stets an seinen, auf natürlichem Wege neu erworbenen Schankern geboten hatte.

Die von uns oben in Anspruch genommene Berechtigung, dasselbe in Hinsicht auf die von ihm gemachte Abimpfung principiell einem Clerc'schen Chancroid gleichstellen zu dürfen, ist keine vollkommene, und dies noch weniger, wenn es uns gelungen sein sollte a priori höchst wahrscheinlich zu machen, dass auch eine directe Impfung des Fluors auf Gesunde nur ein Ulcus molle ergeben hätte. Trotzdem ist wenigstens die Bedingung des Clerc'-

schen Chancroids erfüllt, dass es ein Ulcus einer constitutionell Syphilitischen war; es ist aber gleichzeitig durch die Beschreibung seines Zustandes im Momente der Abimpfung dargethan, dass es auch die Bedingungen erfüllte, von denen es abhängen musste, dass seine Abimpfung auf Gesunde, weil Impfung von zerfallenen, syphilitischen Produkten, dort Syphilis im Gefolge hatte. Wie man sieht war dies aber nicht der Fall. Und so können wir, noch einmal diesen Punkt kurz resumirend, bemerken, dass wir weder durch die Impfungen mit reinem Clerc'schen Chancroid, noch durch die von Tarnowsky'schen Geschwüren im Stadium der Hyperplasie je syphilitische Geschwüre oder constitutionelle Folgen, sondern stets nur reine Ulcera mollia erzeugt haben. Die Wirkung auf Syphilitische war immer ihrem jeweiligen Zustande entsprechend, das Terrain hier nach unserer Auffassung ganz allein massgebend. Sich bewegend zwischen den zwei extremen Grenzfällen: hier eines reinen Gummas beim Tertiär-Syphilitischen, dort einer sehr charakteristischen Hyperplasie bei frisch Papulösen, kamen eine Masse von Zwischenformen zum Vorschein, deren Bedingungen wohl manchmal etwas dunkel bleiben mussten, während es in dem häufigeren Falle uns möglicherweise gelungen ist, ihre Spur zu entdecken. Als eine Zwischenform möchte ich noch besonders auf Ulcera mollia hinweisen, die, obwohl von rein hyperplastischen Geschwüren stammend, doch — wie wir annehmen, durch das mercurialisirte Terrain — derart modificirt wurden, dass sie auch durch inflammatorische und abscedirende Bubonen sich als reine Ulcera mollia charakterisirten. Mehrere dieser Fälle konnten als ausserhalb der Reihe stehend oben nicht im Detail aufgeführt werden, sie sollen hier nur erwähnt werden.

Sollte auch nur für einen Theil der im Vorstehenden zur Sprache gekommenen Erscheinungen die Auffassung von der fundamentalen Bedeutung des Terrains genügen, so wäre wenigstens so viel gewonnen, dass dieser Theil geschieden werden könnte von jenem, wo es uns alsdann erlaubt wäre, den reinen Ablauf eines Geschwüres, das seiner eigenen Natur ganz folgen kann, zu beobachten. Freilich ist dies auch der weit schwierigere Theil, aus dem einfachen Grunde, weil wir auf dieses Gebiet die experimentelle Inoculationsmethode nicht anwenden können, da es sich um Impfung völlig Gesunder in grösserem Massstabe handeln müsste,

diese weitaus sicherste Methode aber, die auch den anscheinend zuverlässigsten Confrontationen weit überlegen ist, selbstverständlich nie anwendbar sein wird. Wir haben uns allerhöchstens erlauben können, einige Gesunde von Clerc'schen Chancroiden zu impfen, nachdem wir schon mit grosser Wahrscheinlichkeit nur Ulcera mollia erwarten konnten.

Am meisten gewann wohl die Clerc'sche Hypothese durch unsere Versuche, wobei jedoch beizufügen wäre, dass wir der Ricordschen Vermuthung, es würden aus Geschwüren, die auf Syphilitischen sitzen, je nach ihrer Herkunft bald weiche, bald harte Schanker entstehen, direct widersprechen müssen. Sollte nun aber der ursprüngliche Entstehungsmodus jedes Ulcus molle der sein, dass es ein auf schon syphilitischen Boden gelangter und hier degenerirter Schanker wäre? Wenn wir glauben, dass es uns im Laufe dieser Arbeit gelungen ist, das Ulcus molle vor der ihm drohenden Degradation durch die modernste Syphilidologie kräftig zu schützen, so ist klar, dass für einen, der nicht absoluter Unitarier sein will, die Herkunft des Ulcus molle nunmehr erst recht zu erklären bleibt. Würde die Anzahl von Fällen, die wir im Vorstehenden aufgeführt haben, genügend erscheinen, um die Frage im Sinne Clerc's zu entscheiden, so würde dies zu einer, zwischen unitarischer und dualistischer Auffassung vermittelnden Theorie führen. Wir haben aber eben auch Thatsachen gefunden, die zu einem noch consequenteren Unitarismus hindrängen könnten, besonders die im VII. Kapitel besprochenen. Ein strenger Unitarier könnte hierin wohl eine Stütze dafür finden, dass es zum Zustandekommen des Ueberganges vom harten und weichen Geschwüre der Interposition eines syphilitischen Organismus gar nicht bedarf, sondern dass derselbe wohl auch bei directer Uebertragung auf den gesunden Menschen stattfinden kann. Könnten so aus einem Theile unserer Versuche eher unitarische als dualistische Consequenzen gezogen werden, so muss ich schliesslich jedenfalls das bestreiten, dass die provocatorischen Versuche im Sinne Tarnowsky's etwas zur Klärung der Dualismusfrage beitragen könnten. Das ist ganz richtig, dass ihre Resultate der dualistischen Theorie durchaus nicht widersprechen, aber mehr als das, dass sie hierin weder pro noch contra beweisend sind, darf nicht behauptet werden. Beweise für die dualistische Theorie wären sie allerdings dann, wenn es

erlaubt wäre, aus ihnen die Berechtigung derjenigen Auffassung abzuleiten, die das Ulcus molle degradiren will. Dann fiele dieses allerdings, als äquivalent jeder Eiterung erzeugenden Einwirkung, z. B. in unserem Falle auch einer Schusterfeile, als ein Zweites aus dem Rahmen der Syphilis hinaus. Ich hoffe aber, dass es mir im Laufe dieser Arbeit gelungen ist, diese Anschauung endgiltig als unmöglich zurückzuweisen. Und wenn dies zugestanden ist, dann muss aufs entschiedenste betont werden, dass es alsdann für die Auffassung der provocatorischen Reizerscheinungen an und für sich ganz gleichgiltig ist, ob man sie vom unitarischen oder dualistischen Standpunkte aus betrachtet, wie dies auch die Reserve beweisen konnte, die wir uns bis jetzt bei ihrer Beurtheilung dieser principiellen Frage gegenüber auflegten.

Was unsere Veruche vielleicht am eclatantesten gezeigt haben, ist die unendliche Variabilität syphilitischer Erscheinungen, hier experimentell bewiesen, klinisch schon längst bekannt. Wir würden der Wahrheit vielleicht näher kommen, wenn wir sie, statt sie in starre dogmatische Gesetze zu zwängen, deren sie immer spotten werden, uns geradezu unter dem cum grano salis zu verstehenden Bilde einer gewissen Launenhaftigkeit vorstellen. Dieses Bild scheint nicht zu leichtsinnig gewählt, sobald wir uns vergegenwärtigen, dass die Erreger jeglicher syphilitischer Erscheinung doch mit grosser Wahrscheinlichkeit organische, mit relativ selbstständigem Leben begabte Keime sind. Es ist ja alsdann nur gesagt, was wir auch meinen, wenn wir von menschlichen Launen sprechen: dass die Bedingungen so dunkle und complicirte sind, dass sie uns den Eindruck des rein Willkürlichen und Launenhaften machen.

Ein Gedanke wird durch die Beobachtung der Provocationserscheinungen allerdings sehr nahe gelegt, den wir zum Schluss noch andeuten wollen. Es ist die Betrachtung der beiden Schankerformen selbst im Lichte der von uns gewonnenen experimentellen Thatsachen. Nehmen wir diese nicht als fertig gegeben, sondern halten wir einmal, ganz abstrahirend von der äusseren Form, vorläufig nur daran fest, dass bei einer Infection das eine Mal ein Geschwür entsteht, aus dem constitutionelle Syphilis hervorgeht, das andere Mal eines, das local bleibt, so stehen wir den Erscheinungen, die sich in beiden Fällen an der Eintrittspforte

der Infection entwickeln, ganz unbefangen gegenüber. Hievon ging nun wohl auch der Bassereau'sche Dualismus aus: man fand, dass in einer genügend erscheinenden Anzahl von Fällen jedesmal diejenigen Individuen, die an der Infectionsstelle eine Verhärtung zeigten, constitutionell syphilitisch wurden, und ferner lautete der zweite, schon bedenklichere Satz: die Individuen, deren Geschwür weich blieb, blieben frei von constitutioneller Syphilis.

Dieses „Gesetz" des Dualismus gibt gewiss in vielen Fällen den einzig richtigen Leitfaden, besonders wenn man noch für das Ulcus molle das Merkmal der viel leichteren Autoinoculabilität und des ausnahmslosen Mangels einer Incubationszeit hinzunimmt; wenn es aber ein wirkliches Naturgesetz wäre, so müsste es doch eine grössere Allgemeingiltigkeit besitzen, als es in Wirklichkeit hat, denn mit dem „nulla regula sine exceptione" kommen wir hier doch lange nicht aus und noch weniger können wir sagen: „exceptio firmat regulam", denn wenn dieser Satz doch sicher nur sagen will, dass eben die Störungen in den Bedingungen, deren Nachweis uns gelingt, die Abweichung von der Regel und damit ihre Giltigkeit unter normalen Bedingungen klar machen, so kann hievon in der Frage des Dualismus nicht entfernt die Rede sein. Wenn Syphilidologen noch heute überhaupt nichts vom Dualismus wissen wollen, weil ihnen die Praxis täglich Fälle zeigt, die dieser Theorie widersprechen, so beweist das schon zur Genüge, dass die Theoretiker des Dualismus nie auf allgemeine Zustimmung werden rechnen können, so lange sie die ihnen günstigen Thatsachen zu einem „Gesetz" zu formuliren suchen.

Ich habe vorhin gesagt, dass der zweite Theil des dualistischen Satzes: „Auf das Ulcus molle folgt keine constitutionelle Syphilis" der bedenklichste ist. In dieser Beziehung führe ich aus den allerneuesten Erfahrungen unserer Klinik noch eine genau beobachtete Krankengeschichte an:

Puella publica, 19 Jahre alt, war schon zweimal auf der Abtheilung: im Juni 1879 wegen Fluor vagin. et cervicalis und vom 5. Nov. 1879 bis 3. Jänner 1880 wegen spitzer Vegetationen und eines weichen Schankers an der hinteren Commissur. Geheilt entlassen. Wird wöchentlich vom Polizeiarzte untersucht, der sie am 12. Febr. 1880 zum dritten Male auf die syphilitische Abtheilung schickt. Es

wird genau an der Stelle des vorigen Schankers, in der Fossa navicularis, ein unregelmässiges, reichlich Eiter secernirendes sehr schmerzhaftes Geschwür ohne jegliche Härte gefunden, in dessen Umgebung kleine folliculäre Geschwürchen, ebenfalls sehr schmerzhaft; daneben eine Drüse der linken Weiche fast nussgross geschwollen, bei Druck empfindlich; die übrigen Drüsen sind frei. Starker Cervical- und Vaginalfluor.

Vier am Tage des Eintrittes gemachte Inoculationen auf beide Oberschenkel erzeugen nach 24 Stunden Bläschen mit entzündlichem Halo, im weiteren Verlaufe charakteristische weiche Schanker, die nach drei Wochen geheilt sind, ohne Härte und ohne Erscheinungen der Hyperplasie geboten zu haben.

Ende März ist auch das Muttergeschwür geheilt. Patientin ist daran, entlassen zu werden, als am 1. April 1880 ein exquisites maculöses Exanthem auf der Haut des Rumpfes sich zeigt, — Leistendrüsen nun beiderseits geschwollen, ebenso die Halsdrüsen. An der Innenfläche beider Lippen kleine Plaques muqueuses; Rachenschleimhaut geröthet. Mässiges Fieber. Die nagelglied- bis thalergrossen Flecke verbreiten sich in den nächsten Tagen auch auf die Extremitäten. Nach einer gründlichen Mercurialkur wird die Kranke am 17. Mai 1880 geheilt entlassen.

Dies ist nur ein Paradigma der vielen Fälle, bei denen es dann immer heisst: Es kann vorkommen, dass die harten Schanker der Vagina nicht recht hart werden. — Warum? wusste aber noch Niemand zu sagen.

Nun wäre es aber andererseits sehr ungerecht gegen den Dualismus, um solcher Fälle willen das Kind mit dem Bade auszuschütten. Es wäre vor Allem ungerecht um des grossen Verdienstes willen, das sein erster Satz durch seine weit überwiegendere Giltigkeit hat. Sagen wir: „Auf jeden harten Schanker folgt constitutionelle Syphilis“, so sprechen wir hier mit einer Wahrscheinlichkeit von mindestens 90% und dies ist in der Medicin immerhin schon etwas werth. Fragen wir aber hier: Warum? so gibt es zwei sehr verschiedene Antworten und nur die eine fällt dualistisch im eigentlichen Sinne aus; diejenige nämlich, die erklärt, dass eben hier ein ganz anderes Virus als beim local bleibenden Ulcus molle eingedrungen sei, das sowohl in seiner Manifestation

an der Eingangspforte, als in seinen constitutionellen Wirkungen von allem Anfang an von diesem verschieden ist. Die andere Antwort verträgt sich aber mit dem strengsten Unitarismus — nämlich die Bärensprung'sche Theorie, dass in der Induration schon das erste Symptom der constitutionellen Lues gegeben sei, wenigstens für die Fälle, die ja bekanntlich in der Wirklichkeit die häufigeren sind, wo ein ursprünglich ohne Incubation entstandener weicher Schanker später indurirt, und wo alsdann dem strengen Dualisten der Chancre mixte helfen sollte. Die Lehre vom Chancre mixte hat gewiss durch alle von uns beigebrachten Thatsachen und Erwägungen keine Stütze erhalten und wir hätten also für diese Sorte von Schankern, die seltenen mit mehrwöchentlicher völlig latenter Incubation bei Seite gelassen, eine theoretische Erklärung, deren nothwendiges Resultat sein müsste, dass ein Ulcus molle constitutionelle Syphilis und als Theilerscheinung derselben seine eigene Induration zur Folge hat.

Nehmen wir nun Fälle wie unseren vorhin angeführten, wo diese Theilerscheinung nicht zum Ausdruck kommt, während andere constitutionelle Symptome auftreten, so wäre es im Lichte aller der von uns als launenhaft bezeichneten Erscheinungen der Syphilis, die wir experimentell verfolgen konnten, nicht schwer zu dem Schlusse zu gelangen, dass eben hier aus ganz unbekannten oder noch zu ergründenden Ursachen gerade diese Manifestation ausblieb. Der Satz bliebe gerettet: Wo Induration vorhanden, ist constitutionelle Syphilis entweder schon da, oder im Anzuge. Kommt sie einmal dennoch nicht in anderen Manifestationen zum Ausbruche, wofür jeder Praktiker Beispiele kennt, so bleibt uns nach einer mehrmonatlichen Beobachtungszeit die Wahl, entweder anzunehmen, dass die Syphilis abortiv verlief, oder das Individuum Jahre und Jahrzehnte lang zu überwachen, um zu sehen, ob die aus irgend welchen Gründen im frischen Stadium unterdrückte Lues nicht später doch noch eclatirt. Die Bärensprung'sche Theorie ist in neuester Zeit durch die Resultate der Auspitz'schen Excisionen in Frage gestellt worden; sie verträgt sich jedoch ganz gut mit denselben, sobald wir uns klar darüber werden, dass es unmöglich ist, in einem gegebenen Zeitpunkt genau zu bestimmen, wie weit die Syphilis im Organismus vorgedrungen ist. Und daher auch der so wechselnde Erfolg der Excision, wofür wir auch aus

unserer Klinik ein Dutzend Beispiele aufzuweisen hätten. Man braucht sich die Sache nicht so vorzustellen, dass die Syphilis zuerst den ganzen Körper durchdrungen haben muss, um dann erst wieder ihre Rückäusserung auf ihre Eintrittspforte zu äussern; es genügt in der Sklerosirung des Primäraffectes eine specifische Reaction des Organismus zu erblicken, die anzeigt, dass in Kurzem auch andere Organe an dieser Vertheidigung gegen den parasitären Eindringling theilnehmen werden, denn die Brücke zwischen der supponirten Pilznatur des syphilitischen Virus und dem anatomischen Produkte der Induration ist ja für unsere theoretischen Vorstellungen noch lange nicht geschlagen und wir sind noch gezwungen, uns mit dem Worte „specifische Reaction" völlig zu begnügen. Diese kann dann aber ebensogut sich an der Eintrittspforte des Virus in der Induration äussern, wie gleichzeitig oder einige Zeit später in der specifischen Drüsenschwellung, dem Eruptionsfieber und allen Folgeerscheinungen. Fiele nun ein Fall für die Excision günstig aus, so wäre eine eclatante, locale Induration in der Weise aufgetreten, dass sie noch sämmtliche Materia peccans aufgehalten hätte, eine genügende Barrière für sie bildend. Im ungünstigen Falle wäre diese Barrière schon von einem Theile der feindlichen Parasiten durchbrochen worden.

Die selteneren oben erwähnten Fälle einer völlig latenten Incubation, nicht blos was Induration, sondern auch was überhaupt Localmanifestation betrifft, scheinen sich allerdings soweit vom Ulcus molle zu entfernen, dass aus ihnen der strenge Dualismus noch lange seine besten Waffen schmieden wird. Definitiv umgestossen in seiner dogmatischen Fassung wäre er durch eine sicher constatirte Beobachtung, dass ein harter Schanker, von dem aus der Träger constitutionell syphilitisch wird, auf ein nicht-syphilitisches Individuum direct übertragen, nur einen localen weichen Schanker erzeugt und vice versa; — aber auch nur durch diese Beobachtung und nicht durch noch so zahlreiche Experimente, wie unsere oben aufgeführten, in denen ein schon syphilitischer Organismus das Zwischenglied bildete. Man kann unsere Resultate, soweit sie für die Clerc'sche Theorie sprechen, in die Waagschale eines in diesem Sinne modificirten Dualismus werfen und vielleicht noch mehr die Fälle unseres VII. Kapitels, besonders die drei Individuen, die von dem Fluor einer Syphilitischen nur

weiche Schanker acquirirten; aber all diese mehr oder weniger complicirten Fälle werden doch immer nur leicht wiegen im Vergleich zu dem Resultate, das wir nicht auf experimentellem Wege, der aus praktischen Gründen verschlossen ist, sondern von einem günstigen beweiskräftigen Confrontationsfall zu erwarten haben: die geforderte unzweifelhafte Beobachtung eines reinen Uebergangs vom Ulcus molle eines Individuums zum Ulcus induratum eines anderen oder umgekehrt.

Wenn wir eine solche haben werden, dann wird dem Dualismus zwar seine Berechtigung als praktischer, mit so und so viel Procent Wahrscheinlichkeit begabter Leitfaden bleiben, aber die dogmatische Scheidung zwischen Ulcus molle und Syphilis wird aufhören und das Ulcus molle wird statt zur Acnepustel hinuntergestossen zu werden, wieder in seinen ebenbürtigen Rang neben dem Ulcus induratum eintreten und die Praxis wird es als den zwar minder gefährlichen Bruder erkennen, dem aber doch von vorneherein nie die Möglichkeit ganz abzusprechen ist, dass auch seine Folgen bleibende für den Organismus sein können, während sie es nicht mehr als ganz unmöglich abweist, dass auch die Infection von einem wohlconstatirten Ulcus induratum nur locale Folgen haben kann.

Ueber eine constante nervöse Störung bei florider Syphilis der Secundärperiode.

Von

Dr. E. Finger,

Assistenten der Klinik für Syphilis in Wien.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen im Rückenmark Syphilitischer, deren Jarisch (Ueber die Coincidenz von Erkrankungen der Haut und der grauen Achse des Rückenmarkes. Sitzgsber. d. Akad. d. Wissensch. Bd. 81. 3. Abth. 1880) erwähnt, die klinischen Symptome, die Lang (Ueber die Häufigkeit und Frühzeitigkeit der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems und über Meningealirritation bei beginnender Syphilis. Wien. med. Wochensch. 1880) beschreibt, und auf eine Reizung, vielleicht auch leichte Infiltration der Meningen in einem sehr frühen Stadium der syphilitischen Allgemeinerkrankung zurückführt, einerseits, so wie eine Reihe von Symptomen, die die Syphilis erfahrungsgemäss, besonders in ihrem sogenannten secundären Stadium aufweist, wie symmetrisches Auftreten und Gruppirung der Effloreszenzen, Sitz derselben an besonders äusseren Reizen ausgesetzten Localitäten, zeitweilig sogar Entstehen derselben in Folge solcher, dies alles musste zu einer sorgfältigen klinischen Untersuchung und Beobachtung der Functionen des centralen Nervensystems, insbesondere des Rückenmarkes auffordern, in der Voraussicht vielleicht auf diesem Wege neue Symptome ausfindig zu machen, die die Annahme einer Mitaffection des Rückenmarkes bei der Syphilis zu stützen geeignet wären.

Störungen der Sensibilität und Motilität gehören gerade nicht zu den seltenen Begleiterscheinungen secundärer florider Syphilis, sind aber dann auf schwere nicht constante Erkrankungen des

Centralorganes zurückzuführen, die wo sie auftreten, so ernste Symptome setzen, dass dieselben nicht leicht unserer Beobachtung entgehen können.

Dagegen war bisher die Reflexthätigkeit nie in den Bereich klinischer Beobachtung gezogen [1]) und doch konnte gerade eine Alteration dieser Function, die für den Patienten stets unbeachtet bleiben und latent verlaufen konnte, über den Zustand, und eventuelle Veränderungen des Rückenmarkes wichtige Aufschlüsse geben.

Die Schwierigkeiten, die sich aber einem systematischen Studium der Reflexerregbarkeit in den Weg stellen mussten, waren auf den ersten Blick zu ersehen.

Die Reflexerregbarkeit des Rückenmarkes ist bei verschiedenen gesunden Individuen eine äusserst verschiedene, schwankt in so bedeutenden Grenzen, dass nach einmaliger Untersuchung sehr oft kaum gesagt werden kann, ob der vorgefundene Grad der Erregbarkeit als pathologisch oder bei dem betreffenden Individuum als normal anzusehen sei. Ist aber auch der Grad der Reflexerregbarkeit bei verschiedenen Individuen ein verschiedener, so bleibt doch die Reflexerregbarkeit bei jedem einzelnen Individuum eine nahezu constante, so dass Schwankungen der Erregbarkeit nicht als normale anzusehen sind, sondern ihren Grund stets in pathologischen Zuständen des Nervensystems, sei es des centralen oder des peripheren, suchen lassen.

Wollte man daher aus der Reflexerregbarkeit auf die Beschaffenheit des Rückenmarkes Syphilitischer einen Schluss ziehen, so war eine lange Beobachtungsdauer und eine grosse Reihe von Untersuchungen desselben Individuums nothwendig, um aus den eventuellen Schwankungen der Reflexerregbarkeit auf die functionelle Alteration des Rückenmarkes zurückschliessen zu können.

Diesen Schwankungen konnte jedoch nur dann ein Werth zugeschrieben werden, wenn eine möglichst gleichmässige, exacte Untersuchungsmethode Fehler des Untersuchenden selbst, so ziemlich sicher ausschloss.

---

[1]) Privatmittheilungen des Herren Privatdocenten Dr. Jarisch entnehme ich, dass derselbe im Vereine mit Privatdocent Dr. N. Weiss vor einiger Zeit Untersuchungen dieser Art vorgenommen, jedoch aus mir unbekannten Gründen nicht weiter fortgesetzt hat.

Da aber der jeweilige Befund bisher wenigstens keinen Werth hatte, sondern diesen erst durch den Vergleich mit einer Reihe früherer Befunde erlangen konnte, erwies es sich als nothwendig, jeden Befund, die Grösse eines jeden Reflexes abzuschätzen und in einer solchen Weise zu Papier zu bringen, dass man im Stande sei, denselben mit allen späteren Befunden zu vergleichen.

In diesen beiden Punkten aber, in der Untersuchungsmethode einerseits, in der richtigen Abschätzung der Befunde andererseits, lagen die Hauptschwierigkeiten einer exacten klinischen Beobachtung.

Die bisherige Untersuchungsmethode der Reflexerregbarkeit bestand für die Hautreflexe in Streichen der betreffenden Partien mit dem Fingernagel, oder irgend einem stumpfspitzen Gegenstand, für die Sehnenreflexe in Beklopfen derselben mit dem Finger oder einem Percussionshammer. Auch ich musste diese Methode, die den Nachtheil hat, dass die Grösse des Reizes, der den Reflex auslösen soll, ganz in die Hände des Untersuchenden gegeben ist, in Ermangelung einer besseren acceptiren, und dadurch, dass ich stets in derselben Weise vorging, die Hautreflexe durch Streichen mit dem Stiele des Percussionshammers, die Sehnenreflexe durch Beklopfen mit dem Hammer selbst auslöste, sowie durch Uebung dahin zu kommen trachten, dass ich womöglich stets gleich intensive Reize applicirte.

Noch grösser waren die Schwierigkeiten, die der zweite Punkt darbot. Bisher hatte noch niemand eine Methode zum Messen der Reflexgrösse beim Menschen angegeben, und war ich ganz auf mich selbst angewiesen. Nach einigen vergeblichen Versuchen, die hier anzuführen ich unterlasse, erwies sich mir der folgende Weg als der zweckentsprechendste.

Ich theilte mir die Reflexe, die ich bei möglichst gleichem Reize bei verschiedenen Individuen erhielt, der Intensität nach in fünf Kategorien, deren jede natürlich nicht nur eine Reflexgrösse, sondern eine Gruppe solcher enthielt, die für meine Sinne nicht mehr genügend sicher unterscheidbar waren. Während „0“ den Mangel eines Reflexes bezeichnete, versinnbildlichte mir „5“ den stärksten Grad des Reflexes, und zwar einen solchen, wo die reflectorische Muskelzuckung nicht nur in den direct erregten Muskeln verlief, sondern durch Ueberspringen des Reizes auch andere

Muskeln zur Mitbewegung angeregt wurden. „1“ bezeichnete mir die eben wahrnehmbare reflectorische Muskelzuckung, 2, 3, 4 einen schwachen, mittleren und starken, streng auf die primär erregten Muskeln beschränkten Reflex. Diese Eintheilung hat den Vortheil, dass die Zahl der Kategorien nicht so gross, die Unterschiede zwischen denselben nicht so gering sind, dass sich die Sinne nicht bei einiger Uebung sicher an dieselben gewöhnen könnten, insbesondere, da die Eintheilung nicht vollkommen willkürlich aufgestellt ist, sondern sich bei der Beurtheilung der Reflexe und der Einreihung in die vorerwähnte Scala gewisse Gesichtspunkte ergeben. So ist 4 von 5, 1 von 2 und 0 von 1 meiner Scala stets sicher zu unterscheiden, so dass man nur bei Beurtheilung der Unterschiede zwischen 2 und 3, 3 und 4 auf das Augenmass allein angewiesen ist, und kann einem diese Unterscheidung kaum sehr schwer fallen.

Meine nächste Aufgabe war nun die, meine Sinne für die Einreihung der Reflexe in die vorerwähnten Kategorien genügend sicher einzuüben. Eine grosse Reihe von Untersuchungen an relativ Gesunden (mit Tripper oder venerischen Helkosen behafteten) bot mir auch hiezu reichlich Gelegenheit und accommodirte sich mein Augenmass so sehr, dass mir nach einiger Uebung gelang, die Reflexerregbarkeit einer grösseren Reihe von Individuen, die ich täglich untersuchte, und deren Intensität ich nach jeder Untersuchung isolirt auf einzelne Zettelchen notirte, wie der nachherige Vergleich der Resultate ergab, durch eine beliebig lange Zeit vollkommen gleich abzuschätzen, wobei aber eine, wenn auch unwillkürliche Mithilfe des Gedächtnisses durch die grosse Zahl von hintereinander an einem Tage gemachten Untersuchungen ausgeschlossen war. Dass dieser Methode eine Reihe von Fehlern anhaftet, verhehle ich mir nicht und sind mir dieselben wohl bekannt, aber der Mangel einer besseren, sowie die interessanten Resultate, die mir auch diese unvollkommene Methode lieferte, werden es entschuldigen, wenn ich mit denselben vor die Oeffentlichkeit trete.

Nachdem ich durch eine grosse Zahl von an nicht Syphilitischen vorgenommenen Untersuchungen mein Augenmass in der entsprechenden Weise an die früher erwähnte Scala accommodirt hatte, ging ich an die Untersuchung Syphilitischer. Um jedoch

die Untersuchung nicht gleich von vornehinein zu complicirt zu gestalten, und nicht vielleicht heterogene Befunde zusammenzuwerfen, beschloss ich vor Allem nur Fälle gleichaltriger Syphilis zu untersuchen, unter denen mir die recenten Fälle der Syphilis der Secundärperiode, die Eruption und der Verlauf des ersten Exanthems am meisten beachtenswerth erschienen, und auch das Materiale der Klinik und I. Abtheilung für Syphilis, dessen Benützung mir durch die Güte meines hochverehrten Chef, Herrn Professor Zeissl, frei stand, solche Fälle in gewünschter Zahl darbot. So untersuchte ich denn im Verlaufe der Monate October, November, December 1880, Jänner, Februar 1881, 50 Patienten, von denen 37 (28 Männer und 9 Weiber) in einer sehr frühen Periode, der 3.—6. Woche nach der Infection, mit dem Initialaffect, die übrigen 13 (9 Männer, 4 Weiber) kurz vor, oder bereits mit beginnenden Eruptionserscheinungen aufgenommen wurden. Die Untersuchung wurde in der Weise vorgenommen, dass der jeweilige Befund beim Bette des Patienten auf ein Kärtchen Papier notirt, und von diesem aus erst in die Tabelle übertragen wurde, um so jede Beeinflussung, welche daraus resultiren könnte, dass ich bei der Untersuchung die Befunde von den Vortagen vor Auge hatte, auszuschliessen.

Jeder Patient wurde täglich, oder mindestens jeden zweiten bis dritten Tag untersucht, und bei mehreren die Untersuchung auch noch nach ihrem Austritt aus dem Krankenhause im klinischen Ambulatorium fortgesetzt.

Bei jedem Patienten wurden von Hautreflexen: der Bauchdeckenreflex durch Streichen der Bauchhaut, der Cremasterenreflex durch Streichen der Haut der inneren Fläche des Oberschenkels, der Fusssohlenreflex durch Streichen der Sohle, von Sehnenreflexen: das Kniephänomen, das Fussphänomen, der Adductorenreflex, sowie das Knöchelphänomen durch Beklopfen der Sehnen: des Quadriceps cruris unter der Patella, der gespannten Achillessehne, der Adductorensehne, sowie des Malleolus internus geprüft, in gleicher Weise auch die Erregbarkeit des Biceps, Triceps des Oberarmes untersucht.

In allen Fällen ergab die Untersuchung Schwankungen der Reflexerregbarkeit, welche bald als Steigerung über die Norm, bald als Sinken unter die Norm wahrzunehmen waren und erfolgten

diese Schwankungen in einer für alle Fälle gleichen, vollkommen typischen Weise. In allen Fällen konnte ich eine mitunter sehr bedeutende Steigerung der Haut- und Sehnenreflexerregbarkeit unmittelbar vor und zur Zeit der Proruption des Exanthems constatiren, an die sich bald ein Absinken der Reflexerregbarkeit oft tief unter die Norm, in manchen Fällen sogar bis auf „0“ anschloss, worauf dann die Reflexerregbarkeit nur langsam und allmälig zur normalen Höhe wieder anstieg, um diese meist erst mehrere Wochen nach Schwund des Exanthems wieder zu erreichen.

Von diesem als schematisch aufzustellenden Verlauf ergab sich jedoch eine Reihe von Abweichungen, die von der Natur und dem Geschlecht des Individuums, der Intensität und Schwere des Syphilisprocesses, der Raschheit der Eruption und der Menge der gesetzten Efflorescenzen, endlich der Behandlung abhängen.

Was zunächst Natur und Geschlecht der Individuen betrifft, so muss bemerkt werden, dass die angeführten Schwankungen insbesondere bei solchen Individuen augenfällig wahrgenommen werden konnten, die schon de norma eine ausgesprochene Reflexerregbarkeit besassen, und waren dann die Schwankungen derselben sehr exquisit, während dieselben bei weniger empfindlichen Individuen nicht so augenfällig waren; aber auch bei letzteren konnten Schwankungen zwischen 1 und 3, ja 1 und 4 meiner Scala beobachtet werden. Bei Weibern konnten nur in wenigen Fällen so typische Schwankungen beobachtet werden, wie bei Männern, und erfolgte auf die erste Steigerung der Reflexerregbarkeit zur Zeit der Eruption, die auch bei Weibern stets deutlich ausgeprägt war, in mehreren Fällen kein Absinken unter die Norm, sondern alsogleich die Rückkehr zur Norm. Nachdem es sich hiebei um Fälle handelte, in denen die Syphilis, wie dies bei Weibern überhaupt der Fall zu sein pflegt, in ihrem Secundärstadium einen sehr benignen Verlauf darbot, und sich die constitutionelle Erkrankung blos durch Setzung einiger weniger, rasch schwindender Efflorescenzen zu erkennen gab, so ist wohl anzunehmen, dass die geringeren Schwankungen der Reflexerregbarkeit durch den milden Verlauf der Syphilis, der wieder durch das Geschlecht erklärt wird, begründet waren, denn es konnte auch bei

Männern in jedem Falle der innige Zusammenhang der Schwankungen der Reflexerregbarkeit mit der Intensität der Syphilis constatirt werden. Ebenso wie von der Intensität des Processes war aber die Reflexerregbarkeit und deren Schwankungen auch von der Raschheit der Eruption selbst abhängig und ist in dieser Beziehung Folgendes zu bemerken.

Bei jenen Individuen, die mit dem Initialaffecte in der 5. bis 6. Woche post infectionem in unsere Beobachtung gelangten, blieb sich die Reflexerregbarkeit in den ersten zwei bis drei Wochen ihres Spitalsaufenthaltes vollkommen gleich, und hielten wir uns für berechtigt, diese Höhe dann als die Norm der Reflexerregbarkeit des betreffenden Individuums anzusehen. Gegen Ende der 8. Woche erfolgte, meist gleichzeitig mit, oder etwas vor dem Ausbruche der nervösen Symptome, die die Eruption des Exanthems einleiten, eine sich rasch, binnen 48 Stunden meist vollziehende, nahezu gleichzeitige Steigerung, meist aller, sowohl Haut- wie Sehnenreflexe. Diese gesteigerte Reflexerregbarkeit erhielt sich in jenen Fällen, wo das Exanthem rasch, binnen weiteren zwei bis drei Tagen auftrat, während der ganzen Eruption auf derselben Höhe, ja sie beharrte auf derselben auch noch die nächsten Tage, um oft erst einige Zeit vor dem Abblassen des Exanthems abzusinken, während sie in anderen Fällen nur sehr kurz auf der Höhe der Erregbarkeit verblieb und noch vor vollendeter Eruption bereits absank.

In selteneren Fällen geschieht das Ansteigen der Reflexe in einer langsameren Weise, so dass vom Ende, oft auch von der Mitte der siebenten Woche post infectionem an, meist zuerst die Haut- und etwas später die Sehnenreflexe allmälig ansteigen, zur Zeit der Eruption ihren Höhepunkt erreichen, um dann entweder rasch, oder auch zögernd, wie sie gestiegen waren, wieder abzunehmen.

In jenen Fällen, wo die Eruption des Exanthems nicht rasch binnen wenigen Tagen auf der ganzen Hautoberfläche stattfand, sondern das Exanthem in mehreren Nachschüben während eines grösseren Zeitraumes sich entwickelte, waren auch die Schwankungen der Reflexerregbarkeit in ihrem Verlaufe etwas modificirt, in der Art, dass die Reflexe nicht gleichzeitig anstiegen, sondern zeitlich von einander getrennt den früher geschilderten Schwan-

kungen unterlagen, so dass der eine Reflex oft erst im Ansteigen begriffen war, während ein anderer seine Höhe bereits überschritten hatte und absank, ja vielleicht sogar bereits tief unter die Norm gesunken war.

Das Absinken geschieht, soviel ich bisher beobachten konnte, in allen Fällen rasch, so dass der Weg von einer oft sehr bedeutenden Steigerung bis zu oft nicht unbedeutender subnormaler Tiefe binnen zwei bis drei Tagen zurückgelegt wird. Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass die Hautreflexe meist bedeutenderen Schwankungen unterlagen, als die Sehnenreflexe, unter ersteren wieder der Cremasterenreflex, unter letzteren das Kniephänomen die meisten und typischesten Abweichungen darbot, während im Bereiche des Reflexes der Achillessehne (Fussphänomen) nur selten bedeutendere Schwankungen beobachtet werden konnten.

Ist einmal die Reflexerregbarkeit, nachdem sie das Stadium der Erhöhung überschritten, abgesunken, so hält sie sich meist in den nächsten Wochen so ziemlich auf gleicher Höhe, einer Höhe, die mitunter absolut genommen, ohne mit dem früheren Stande zu vergleichen, nichts Auffälliges darbieten würde, während sie in vielen Fällen gleich auf den ersten Blick durch ihre geringe Höhe auffällt. Auf diesem Niveau erhält sich die Reflexerregbarkeit nun meist so lange, als das Exanthem besteht, und erst wenn dieses im Schwinden ist, steigt dieselbe sehr allmälig und erreicht meist in einem Zeitraum von mehreren Wochen jene Höhe, die sie vor der Eruption, in den ersten Wochen nach der Infection einnahm, und die wir als Norm ansehen zu dürfen glauben.

Eine Ausnahme dieses Verlaufes war in jenen Fällen zu constatiren, wo der Verlauf der Syphilis durch einen Nachschub syphilitischer Efflorescenzen einige Zeit nach der Allgemeineruption, modificirt wird. Jeder solche Nachschub von Efflorescenzen wird durch eine rasche Steigerung der Reflexerregbarkeit eingeleitet, die nach vollendeter Eruption, oder etwas vor dieser, wieder ebenso rasch auf den früheren Stand absinkt.

In manchen dieser Fälle, wo der Nachschub sehr bedeutend und reichlich war, war auch die Steigerung im Gebiete aller, oder doch der meisten Haut- und Sehnenreflexe nachzuweisen, in man-

chen Fällen beschränkte sich die Steigerung auf einen oder den anderen Reflex, und will ich, ohne weitere Schlüsse daraus zu ziehen, doch das Eine als auffällig erwähnen, dass ein Fall von Nachschub von Papeln am Scrotum von exquisiter isolirter Steigerung des Cremasterenreflexes, ein Fall von Eruption von Psoriasis plantaris von bedeutender Steigerung des Fusssohlenreflexes gefolgt war. Nachdem das dritte Stadium, das Ansteigen zur Norm, oft eine sehr lange Zeit beansprucht, konnte ich es nicht bei allen Patienten beobachten, da die meisten nach Abblassen des Exanthems ihre Entlassung verlangten und erhielten, hatte ich daher nur Gelegenheit es bei solchen Patienten zu constatiren, die wegen einer schweren Primärform oder einer Drüsenentzündung noch nach Schwund des Exanthems mehrere Wochen im Spital zuzubringen genöthigt waren, sowie an einigen Patienten, die noch behufs Nachbehandlung nach der Entlassung durch längere Zeit das klinische Ambulatorium besuchten.

Durch eine Behandlung schien, so viel ich bisher beobachten konnte, der geschilderte Verlauf der Reflexerregbarkeit keine wesentlichen Aenderungen zu erfahren.

Durch die Güte meines hochverehrten Chef, Herrn Professor Zeissl, war ich in die Möglichkeit versetzt, den Verlauf der Reflexerregbarkeit sowohl bei vollkommen exspectativ, als bei mit Jodcali und Mercur behandelten Kranken zu beobachten und konnte ich in keinem Falle einen von dem früheren Typus wesentlich abweichenden Verlauf constatiren. Jodkali und Mercur sehr frühe, noch vor dem Ausbruch der Allgemeinerscheinungen gereicht, vermochten ebensowenig die Eruption des Exanthems, als die sie begleitende Steigerung der Reflexerregbarkeit zu hindern. Bei bereits entwickeltem Exanthem und noch erhöhter Reflexerregbarkeit trat auf die Darreichung der genannten Medicamente in einigen Fällen ein rasches Absinken der Reflexerregbarkeit ein. Nachdem aber in vielen anderen Fällen die genannte Medication sich gegen die gesteigerte Reflexerregbarkeit unwirksam erwies, glaube ich annehmen zu müssen, dass in den erstgenannten Fällen es sich um ein rein zufälliges Zusammentreffen der Darreichung der Medicamente und des bald darauf spontan erfolgten Absinkens der Reflexe handle.

Dagegen machte die Beobachtung des Verlaufes der Reflexerregbarkeit in den behandelten, gegenüber den exspectativ verlaufenen Fällen den Eindruck auf mich, als ob die Medication, gerade so, wie sie den rascheren Schwund des Exanthems bewirkt, auch eine raschere Restitution der normalen Reflexerregbarkeit veranlasste, das Stadium der Herabsetzung der Reflexerregbarkeit abkürzte. Ich theile aber diese Beobachtung nur mit aller Reserve mit, da der Verlauf der Reflexerregbarkeit, wenn er auch in allen Fällen der gleiche ist, doch der Zeit nach so sehr bei verschiedenen Individuen differirt, dass mir der Rückschluss von einem Individuum auf das andere unstatthaft erscheint, und wir andererseits nie wissen können, ob bei dem mit Jodkali oder Mercur behandelten Individuum die Reflexschwankungen nicht ohne diese Medication der Zeit und der Intensität nach dieselben gewesen wären.

Wenn ich mich auch bisher vorwiegend mit der Eruption des ersten, die constitutionelle Syphilis manifestirenden Exanthems befasste, und der vorhin geschilderte Verlauf der Schwankungen der Reflexerregbarkeit nur aus Beobachtungen dieser Periode deducirt ist, so war mir doch auch Gelegenheit geboten, einige Fälle recidivirender Syphilis auf ihre Reflexerregbarkeit zu untersuchen. Es handelte sich hier um Fälle, die entweder mit localen Formen in das Krankenhaus eintraten und während ihres Spitalsaufenthaltes von über die ganze Haut verbreiteten Eruptionen heimgesucht wurden, oder um Individuen, die während ihrer gegen die Hauteruption eingeleiteten Behandlung locale Recidiven darboten. In beiden Fällen wurde das Auftreten sei es über die ganze Haut verbreiteter oder nur regionärer Recidiven, von meist rasch wieder absinkenden Steigerungen der Reflexerregbarkeit eingeleitet.

Einer systematischen genauen Beobachtung recidivirender allgemeiner und regionärer Eruptionen der secundären Periode steht übrigens die eine grosse Schwierigkeit im Wege, dass wir wohl die Zeit der Eruption des ersten Exanthems nahezu mit Sicherheit bestimmen, und die Patienten, die uns behufs Heilung des Initialaffectes zuwachsen, vor und während der Eruption genau beobachten können, dass dagegen bei recidivirenden, regionären und allgemeinen Formen die Patienten stets erst nach bereits vollendeter, nicht in vorhinein vorauszusehender Eruption und oft schon mit längere Zeit bestehendem Exanthem in unsere Beobachtung

kommen. Ich muss nun aber, nach den bisherigen Erfahrungen alle jene Untersuchungen auf die Schwankungen der Reflexerregbarkeit als bisher unverwerthbar bezeichnen, die nicht auch die Eruption und den derselben kurz vorhergehenden Zeitraum in den Rahmen der Beobachtung miteinziehen.

Ich habe mich bisher auf eine Schilderung der bei secundärer florider Syphilis, speciell den frischen und frühzeitigen Formen zu beobachtenden Veränderungen der Reflexerregbarkeit beschränkt. Dass dieselben mit der Lues zusammenhängen, kann bei dem synchronischen Verlaufe und der Constanz der Erscheinungen nicht bezweifelt werden. Auf welche anatomischen Veränderungen sich dieselben zurückführen lassen, in welchem Zusammenhange dieselben mit den übrigen Symptomen der Lues, speciell der Hauterkrankung sind, an deren Verlauf sie sich so innig anschmiegen, das sind ungelöste Fragen. Sollte sich die bisher angenommene Intactheit der sensiblen und motorischen Leitung als richtig bestätigen, so dürfte man diese Schwankungen der Reflexerregbarkeit kaum auf Veränderungen in der peripheren Leitung, sondern auf Störungen im Centrum selbst, in den Reflexbögen, der grauen Substanz des Rückenmarkes, reduciren. Jedenfalls scheint mir aber eine genaue Untersuchung der Sensibilität und Motilität, insbesondere der verschiedenen Empfindungsqualitäten dringend nothwendig. Ebenso werden dann genaue anatomische Untersuchungen des Rückenmarkes Syphilitischer aus den frühesten Perioden der Allgemeinerkrankung erst lehren müssen, ob den geschilderten Veränderungen der Reflexerregbarkeit auch anatomische Veränderungen zu Grunde liegen, oder ob wir dieselben als rein „functionelle“ aufzufassen haben.

Im Anschluss daran möchte ich noch einige bereits bekannte Symptome der Syphilis der Secundärperiode, die als Begleiter cutaner Eruptionen aufzutreten pflegen, in Erinnerung bringen, die wohl auch kaum anders als durch centrale „trophische“ Störungen bedingt sein können. Ich meine die krankhaften Veränderungen der behaarten Kopfhaut, die krankhafte Steigerung der Secretion der Talgdrüsen, die Ernährungsstörungen der Haarwurzel und Haarbälge, die nahezu constante Begleiter des Exanthems darstellen. Minder bekannt ist, dass ähnliche Secretionsanomalien auch die Talg- und Schweissdrüsen des übrigen Körpers befallen

können; wir hatten aber mehrfach Individuen zu beobachten Gelegenheit, deren Exanthem in einem Falle von auffallender universeller Xerodermie, im anderen, von bedeutender universeller Seborrhöe und Hyperidrosis begleitet war, Erscheinungen, die in manchen Fällen nach Auftreten des Exanthems, in manchen erst bei beginnendem Schwunde desselben, der Norm Platz machten.

Alle diese bisher wenig beachteten Symptome der Lues müssen uns dringend auffordern, das Studium der Syphilis von einem anderen Gesichtspunkte zu betreiben, insbesondere den nervösen Einflüssen und Veränderungen unsere vollste Aufmerksamkeit zu schenken, da in dieser Richtung vielleicht einige Aussicht winkt, die bisher unerklärliche polymorphe Verlaufsweise der Syphilis auf ein einheitliches Moment zurückzuführen.

Im Anschluss daran theile ich die Krankengeschichten einiger der von mir beobachteten Fälle mit, in der Absicht, einerseits von der Art und Weise meines Vorgehens ein deutlicheres Bild zu geben, andererseits aber auch um für die im Vorhergehenden gezogenen Deductionen die nöthigen Belege zu liefern.

Um die Krankengeschichten, die ja an und für sich nur im Auszuge angeführt sind, nicht unnöthiger Weise zu verlängern, habe ich nicht alle Resultate der täglich oder jeden zweiten Tag bei demselben Kranken vorgenommenen Untersuchungen angeführt, sondern jene Resultate hervorzuheben mich begnügt, die unter einander differirten, die so zusammengestellten Tabellen sind compendiöser und leichter zu überblicken. Ebenso habe ich von jeder Untersuchung nur für jeden Reflex einen Befund, und nicht, wie dies thatsächlich geschah für den Reflex der linken und rechten Seite getrennte Befunde angegeben, aus dem Grunde, weil sich meist die gleichnamigen Reflexe auch links und rechts gleich verhielten. Doch war dieses Resultat insoferne kein absolut constantes, als sich in meinen Tabellen auch Fälle vorfinden, wo die Befunde der gleichnamigen Reflexe auf beiden Körperseiten sehr bedeutend differirten, und habe ich eben jetzt einen eclatanten Fall in der Beobachtung, wo bei einem mit Psoriasis palmaris in Behandlung stehenden Individuum die isolirte Eruption einer Psoriasis plantaris dextra von einer auf den rechten Cremasterenreflex, Knie- und Knöchelphänomen beschränkten sehr bedeutenden Erhöhung

der Reflexerregbarkeit begleitet war, die nach der Eruption schwand, worauf dann dieselbe Eruption an der linken Planta, die etwa eine Woche später auftrat, von denselben, nur auf die linke Körperhälfte beschränkten Symptomen eingeleitet wurde.

Von den in den Tabellen gebrauchten Abkürzungen bedeutet B. D. R. — Bauchdeckenreflex; Cr. R. — Cremasterenreflex; F. S. R. — Fusssohlenreflex; K. F. — Kniephänomen; A. R. — Adductorenreflex; Kn. F. — Knöchelphänomen; F. F. — Fussphänomen; Exth. — Exanthem; B. R. und Tr. R. Biceps- und Tricepsreflex.

H., Franz Josef, 27 Jahre alt, bot bei der am 5. Jänner 1881 erfolgten Aufnahme eine derbe, oberflächliche nekrotische Sklerose im Sulcus coronarius dar, die von bedeutenden indolenten Drüsenschwellungen in beiden Leistenbeugen begleitet war.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
6/1	. . . . .	2	1	2	2	1	.
22/1	Drüsenschwellung auch am Nack.nachweisbar	2	1	2	2	1	.
27/1	Pat. blasst sichtlich ab	2	1	3	2	1	.
29/1	Pat. schlaflos. Kopfschmerz, Herzklopfen.	2	1	3	2	1	.
1/2	Eruption eines macul. papulösen Exth.	2	3	5	4	2	.
4/2	. . . . .	2	3	5	4	3	.
8/2	Exth. deutlich über Brust u. Rücken. Jodkali.	3	2	5	4	3	.
11/2	. . . . .	1	1	4	2	3	.
15/2	Exth. meist im Abblassen.	1	1	3	2	1	.
16/2	. . . . .	1	.	2	1	.	.
21/2	Exth. fast vollkommen geschwunden.	1	.	2	1	.	.
25/2	. . . . .	1	1	2	1	1	.
28/2	Exth. abgeblasst. Sclerose verheilt.	2	1	2	2	1	.
2/3	Pat. wird entlassen.	2	1	2	2	1	.

In diesem Falle war besonders die Steigerung der Erregbarkeit des Fusssohlenreflexes so auffallend, dass die leisesten Berührungen der Fusssohle den ganzen Körper in Concussionen versetzen, und die Steigerung, sowie die Abnahme der Erregbarkeit dem Pat. selbst sehr auffällig, der sich einige Tage vor dem Aus-

tritt, bei Gelegenheit einer Untersuchung zu mir äusserte: „er möchte wissen, warum er damals (ehe das Exanthem kam) einige Tage „gar so kitzlig“ war?

L. Johann, 34jähriger, kräftig gebauter Taglöhner. Bei der am 21. Nov. 1880 erfolgten Aufnahme bot der Patient eine sehr bedeutend zerfallende, brandige, den ganzen dorsalen Sulcus coronarius einnehmende syphilitische Initialsklerose dar. In beiden Inguinalfalten, sowie am Halse, auf kaltem Wege entstandene multiple, indolente Lymphdrüsenschwellungen.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
24/11	. . . . .	1	1	2	1	1	.
29/11	Drüsenschwellungen nehmen zu.	1	1	2	1	1	.
3/12	Schlaflosigkeit, Kopfschmerz des Nachts.	2	1	2	1	1	.
5/12	Blasses maculo-papul. Exth. am Thorax.	3	2	3	2	1	.
14/12	Exanthem reichlich. Jodkali 0,5.	3	2	4	3	2	1
20/12	. . . . .	2	2	2	2	1	.
26/12	. . . . .	1	1	1	1	1	.
4/1	Exth. grösstentheils abgeblasst.	1	.	1	.	.	.
10/1	Sklerose bedeut. zerfallend. Einreibung 1.	1	.	1	1	1	.
22/1	Einreibung 10. Sklerose im Vernarben.	1	1	2	1	1	.
30/1	Sklerose verheilt. Exth. geschwunden. Pat. wird entlassen.	1	1	2	1	1	.

K. Josef, 34 Jahre alt, Buchdrucker, aufgenommen am 30. Dec. 1880 mit der Diagnose einer, durch einen syphilitischen Initialaffect in der inneren Lamelle der Vorhaut, bedingten entzündlichen Phimose, multiplen, indolenten, sehr bedeutenden Drüsenschwellungen.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
1/1	. . . . .	2	1	2	3	3	.
6/1	Pat. blass, anämisch, schlaflos.	3	3	3	5	5	1
8/1	Maculöses Exth. am Stamm in Eruption.	4	2	3	4	3	2

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
11/1	Exth. reichlich über Brust und Rücken.	3	2	2	4	2	1
15/1	Exth. deutlich und reichlich. Jodkali 0,5.	2	2	2	3	2	.
22/1	Exth. im Schwinden begriffen.	2	1	2	2	1	.
24/1	Exth. nahezu vollkommen geschwunden.	2	1	1	1	1	.
1/2	Maculo-papulöse Efflorescenzen am Stamm.	3	2	3	4	3	.
3/2	Exth. stationär. Papeln am Scrotum.	1	2	3	3	1	.
5/2	. . . . .	1	1	2	2	1	.
16/2	Einreibung 1. (5,0 Ungt. ciner.).	1	1	2	1	1	.
21/2	Fünfte Einreibung.	1	1	1	1	1	.
26/2	Exth. nahezu geschwund. Aussehen gebess.	2	1	2	2	2	.
27/2	Primäraffect verheilt. 10 Einreibungen. Pat. wird auf dringendes Verlangen entlass.	2	1	2	2	2	.

F. Adam, Friseur, 26 Jahre alt, aufgenommen den 17. Nov. 1880 mit einer umfangreichen, das Frenulum perforirenden Initial-Sklerose, allgemeinen, multiplen, indolenten Drüsenschwellungen.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	F. S. R.	Cr. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
18/11	. . . . .	2	1	2	3	1	.
20/11	Pat. blasst ab. Schlaflosigkeit.	3	1	2	3	1	.
22/11	. . . . .	4	1	3	3	2	.
24/11	. . . . .	4	3	4	3	2	.
27/11	Exth. an den seitl. Thoraxgegenden sichtb.	4	5	4	4	3	1
30/11	Exth. deutlich.	4	4	4	4	3	1
4/12	Jodkali 0,5 pro die.	5	3	4	3	2	1
8/12	. . . . .	4	3	3	3	2	.
14/12	Exth. theilweise im Abblassen.	3	3	2	2	1	.
20/12	. . . . .	2	3	2	2	1	.
26/12	Sklerose noch sehr derb.	2	2	2	1	1	.
1/1	. . . . .	2	1	1	1	1	.
10/1	. . . . .	2	1	1	1	1	.
13/1	. . . . .	2	1	1	2	1	.
16/1	Exth. geschwunden, Sklerose resorbirt. Pat. wird entlassen.	2	1	2	3	1	.

O. Thomas, 16 Jahre alt, Canditenhändler, bot bei der am 24. Nov. 1880 erfolgten Aufnahme zahlreiche speckig belegte Geschwüre im Sulcus coronarius dar, die, weil sie von multiplen indolenten Drüsenschwellungen begleitet waren, als syphilitische Initialaffecte angesehen wurden.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
25/11	. . . . .	1	1	2	1	1	.
10/12	Drüsenschwellungen allgemein.	1	1	2	1	1	.
14/12	Pat. schlaflos. Ischialgie u. Occipitalneuralg.	4	4	3	2	3	.
16/12	Spärliches maculöses Exth. am Thorax.	4	4	3	2	3	.
22/12	Exth. reichlicher. Jodkali.	2	3	2	2	2	.
28/12	. . . . .	2	3	2	1	1	.
1/1	Exth. im Abblassen.	2	2	1	1	.	.
4/1	. . . . .	1	1	1	1	1	.
6/1	Exth. geschwunden. Geschwüre verheilt. Pat. wird entlassen.	1	1	2	1	1	.

K. Josef, 31jähriger kräftiger Bäcker, aufgenommen am 17. Nov. 1880 mit der Diagnose eines oberflächlich nekrotischen syphilitischen Initialaffectes im Sulcus coronarius und multiplen indolenten Lymphdrüsenschwellungen.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
18/11	. . . . .	3	2	3	3	2	.
20/11	Pat. klagt über Mattigkeit, Schlaflosigkeit.	3	4	4	4	3	.
23/11	Einige mac. papul. Effloresc. am Stamm.	3	5	5	4	3	.
26/11	Exth. deutlich.	5	4	4	4	4	.
30/11	Nachschub von mac. pap. Exth. am Stamm.	5	5	5	5	4	.
2/12	Pat. matt, schlaflos. Kreuz- u. Nackenschm.	5	5	5	4	4	.
12/12	Jodkali. Exth. im Abblassen.	4	3	3	3	3	.
20/12	. . . . .	4	3	3	3	2	.
24/12	. . . . .	3	2	2	3	2	.
26/12	Schuppende Papeln am Gesicht u. Scrot.	4	4	5	4	4	.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
29/12	. . . . .	4	3	4	3	4	.
4/1	Papeln im Abschuppen.	4	3	3	3	2	.
10/1	Exth. nahezu vollkommen geschwunden.	3	2	2	2	1	.
18/1	Sclerose noch sehr derb.	2	1	2	1	1	.
21/1	. . . . .	1	1	2	1	1	.
25/1	Erscheinungen von Lues geschwunden.	2	2	2	2	1	.
27/1	Pat. wird entlassen.	2	2	3	2	2	.

H. Mathias, 24 Jahre alt, kräftiger Maurer, wurde am 17. Dec. 1880 aufgenommen mit der Diagnose einer syphilitischen Initialsklerose an der Rückenhaut des Penis, multiplen indolenten Drüsenschwellungen.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
18/12	. . . . .	3	2	2	2	1	.
22/12	Schlaflosigkeit. Occipitalneuralgie.	3	3	3	2	1	.
26/12	Papeln an den Seiten des Thorax.	4	5	4	2	1	1
31/12	Exth. reichlich. Jodkali.	3	4	3	4	1	1
4/1	Subjective Beschwerden geschwunden.	2	2	3	2	1	.
10/1	. . . . .	2	1	2	2	.	.
15/1	Exth. blasst ab.	2	1	2	1	1	.
22/1	. . . . .	1	1	2	1	1	.
28/1	. . . . .	1	2	2	2	1	.
1/2	. . . . .	2	2	2	2	1	.
6/2	Erscheinungen von Lues geschwunden. Pat. wird entlassen.	3	2	2	2	1	.

L. Friedrich, 23jähriger Commis, trat am 28. Nov. 1880 mit einer frischen Urethritis in die Spitalspflege, und bot bei der Aufnahme eine leichte Erosion um das Orificium urethrae, die binnen wenigen Tagen vernarbte. Im Verlaufe des Monats December kam es zu einer derben wenig schmerzhaften Infiltration des Orificiums der Harnröhre, die am 25. December in Folge der einstweilen hinzuge-

tretenen indolenten multiplen Leistendrüsenschwellung als syphilitische Initialsklerose diagnosticirt werden konnte.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
26/12	. . . . .	2	2	1	2	1	.
10/1	Drüsenschwellungen allgemein.	2	2	1	2	1	.
18/1	Pat. blasst ab.	3	2	2	2	1	.
20/1	. . . . .	3	2	2	3	2	.
25/1	Blasse Maculae am Thorax.	3	2	2	4	2	.
27/1	Exth. reichlich. Jodkali.	4	3	3	3	1	1
29/1	. . . . .	4	3	3	2	.	1
1/2	. . . . .	3	2	1	2	.	.
4/2	Exth. blasst ab.	2	1	1	2	.	.
8/2	Nachschübe von macul. Exth. am Rücken.	3	.	3	3	.	.
11/2	. . . . .	2	1	2	3	1	.
13/2	. . . . .	2	1	2	2	3	.
18/2	. . . . .	2	.	2	2	2	.
21/2	. . . . .	2	1	1	2	1	.
25/2	Erscheinungen von Lues geschwunden. Pat. wird entlassen.	2	2	1	2	1	.

H. Johann, 24jähriger Schneider, aufgenommen am 22. Dec. mit der Diagnose einer Skleroris um das Orificium der Harnröhre, allgemeinen indolenten Lymphdrüsenschwellungen.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
24/12	. . . . .	2	1	2	2	1	.
29/12	Drüsenschwellung in Zunahme.	2	1	2	2	2	.
4/1	Schlaflosigkeit. Occipitalneuralgie.	3	1	2	2	2	.
6/1	Spärliches blasses macul. Exth.	2	1	1	3	2	.
11/1	Exth. in langsamer Vermehrung.	1	1	1	3	2	.
14/1	. . . . .	1	1	1	4	3	.
18/1	Exth. reichlich.	1	1	1	4	3	.
20/1	. . . . .	1	.	2	2	1	.
22/1	Exth. theilweise im Abblassen.	1	.	2	1	1	.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
24/1	. . . . .	1	.	2	1	1	.
27/1	Exth. fast vollständig abgeblasst.	1	1	2	2	1	.
13/2	. . . . .	1	1	2	2	1	.
21/2	. . . . .	2	1	2	2	1	.
23/2	Erscheinungen von Lues geheilt. Pat. wird entlassen.	2	1	2	2	1	.

O. Johann, 50jähriger Privatier, wurde am 6. Jänner 1881 aufgenommen mit der Diagnose einer syphilitischen Initialsklerose an der linken Seite der Oberlippe, multiplen indolenten Schwellungen, besonders der benachbarten Lymphdrüsen, kleinpapulösem schuppenden Syphilid am Stamm, Psoriasis palmaris und plantaris.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
7/1	Jodkali 0,5.	3	5	4	4	4	.
12/1	Exth. schuppt reichlich.	3	4	3	3	2	.
18/1	Exth. theilweise im Schwinden.	2	2	3	2	2	.
21/1	. . . . .	2	1	3	2	2	.
24/1	. . . . .	2	1	2	2	1	.
1/2	Exth. am Stamm geschw. Psor. schuppt.	1	2	2	2	2	.
3/2	. . . . .	1	3	2	2	2	.
5/2	Schuppende Papeln am Scrotum.	2	5	2	3	3	.
8/2	. . . . .	2	3	2	2	2	.
11/2	. . . . .	1	2	1	2	1	.
15/2	. . . . .	1	1	1	2	1	.
19/2	Exth. geschw., Psor. u. Papeln am Scrotum fortbest. Der Pat. gegen Revers gebessert entlassen.	1	1	1	2	1	.

H. Franz, 22jähriger Schriftsetzer. Bei der am 27. Jänner erfolgten Aufnahme bot der sehr blasse, anämische, schlecht genährte Pat. eine verheilende Initialsklerose im Sulcus coronarius, multiple Drüsenschwellungen, sowie alle Zeichen beginnender Eruption, Schlaflosigkeit, Occipitalneuralgie, jedoch noch kein Exanthem dar.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
27/1	. . . . .	3	3	3	3	2	1
29/1	Blasse Maculae am Thorax	4	3	4	4	2	1
2/2	Exth. in Zunahme. Jodkali.	4	3	2	5	4	1
5/2	. . . . .	3	2	2	4	3	.
8/2	. . . . .	2	1	2	4	1	.
11/2	. . . . .	2	1	2	3	1	.
13/2	Einige Efflorescenzen von Psoriasis plantar.	2	2	5	1	1	.
16/2	. . . . .	2	2	3	1	1	.
21/2	Exth. grösstentheils geschwunden.	1	1	2	1	.	.
25/2	. . . . .	1	1	2	1	.	.
2/3	Pat. wird geheilt entlassen.	1	1	2	2	1	1

H. Josefa, 19jährige Magd, wurde am 5. Jänner von der III. Gebärklinik transferirt, woselbst am 3. Jänner wegen einer derben Infiltration des Orificiums der Vaginalportion, die den Verdacht eines syphilitischen Initialaffectes erweckte, und der dadurch bedingten Dystokie, mehrfache Incisionen vorgenommen wurden, die erst die Geburt eines siebenmonatlichen schwachen Kindes, das keinerlei krankhafte Veränderungen aufwies, ermöglichten. Multiple indolente Drüsenschwellungen in inguine begründeten den Verdacht auf Lues, den der weitere Verlauf erhärtete.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.	F. F.
7/1	. . . . .	1	1	2	1	1	1
18/1	Schlaflosigkeit.	2	2	3	1	1	2
22/1	Blasse Maculae am Thorax. Jodkali.	2	2	4	2	1	3
25/1	. . . . .	1	1	2	1	.	1
29/1	Schuppende Maculae im Gesicht.	2	2	4	1	1	2
1/2	. . . . .	1	1	2	1	.	1
4/2	Exth. grösstentheils geschwunden.	1	1	2	1	.	1
13/2	. . . . .	1	.	2		.	1
15/2	Erscheinungen von Lues geschwunden.	1	1	2	1	.	1

Prägnante Resultate lieferte in diesem Falle das Fussphänomen. Leichte Dorsalflexion, Klopfen auf die gespannte Achillessehne, riefen zur Zeit der Eruption clonische Zuckungen im Bereiche der Wadenmusculatur hervor, eine Erscheinung, die früher und später nicht mehr hervorgerufen werden konnte.

C. Marie, Magd. Bei der am 9. Februar 1881 erfolgten Aufnahme bot Pat. eine oberflächlich erodirte, deutlich charakterisirte Initialsklerose am rechten grossen Labium dar, folliculäre Papeln in der Umgebung derselben, inguinale und cervicale multiple indolente Lymphdrüsenschwellungen.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.	B. R.
10/2	. . . . .	2	1	2	1	1	2
12/2	. . . . .	2	1	2	1	1	2
14/2	Einige Papeln am Stamm.	2	4	4	1	1	3
16/2	. . . . .	1	2	2	.	.	1
20/2	Papeln schuppen.	1	2	1	.	.	1
24/2	. . . . .	1	2	1	1	1	1
28/2	. . . . .	2	1	2	1	1	2
2/3	Erscheinungen von Lues geschwunden. Pat. wird entlassen.	2	1	2	1	1	2

N. Albert, 23jähriger Drechsler. Der schwache anämische Pat. bot bei der am 7. Dec. 1880 erfolgten Aufnahme eine Urethritis, sowie eine Reihe von Erosionen und oberflächlichen Geschwüren an der inneren Lamelle und am Margo praeputii dar, die von multiplen indolenten Lymphdrüsenschwellungen in inguine begleitet, als syphilitische Initialaffecte angesehen wurden.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
8/12	. . . . .	1	1	2	2	2	.
6/1	Pat. blasst ab. Drüsenschwellung allgemein.	1	1	2	2	2	.
8/1	Blasse Maculae am Stamm.	2	2	3	2	3	1

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
10/1	Exth. in Zunahme. Jodkali.	3	4	3	3	3	2
12/1	. . . . .	2	1	3	2	2	1
16/1	. . . . .	2	1	3	1	1	.
20/1	Exth. im Abblassen. Cystitis.	1	1	2	1	1	.
24/1	. . . . .	1	1	2	1	1	.
28/1	Exth. abgeblasst. Geschwüre verheilt.	1	1	1	1	1	.
30/1	. . . . .	1	1	1	2	1	.
4/2	. . . . .	1	1	2	2	1	.
6/2	Erscheinungen von Lues geschwunden. Patient entlassen.	1	1	2	2	1	.

N. Franz, 26jähr. kräftiger Maurer, aufgenommen am 8. Jänner 1881 mit einer überhäuteten Initialsklerose im Sulcus coronarius dorsalis, lenticulärem papulösem Syphilid am Stamm, schuppenden Papeln an der Haargrenze, Psoriasis der Handteller und Fusssohlen, allgemeinen indolenten Drüsenschwellungen.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R	Kn. F.
9/1	Jodkali	3	3	2	4	4	1
18/1	Exth. in Schuppung.	2	2	2	2	3	1
22/1	. . . . .	2	1	2	1	2	.
24/1	. . . . .	2	1	2	1	1	.
27/1	. . . . .	2	.	2	1	.	.
30/1	Exth. schuppt reichlich.	2	.	1	1	.	.
4/2	. . . . .	2	.	1	1	1	.
8/2	. . . . .	2	1	.	1	1	.
12/2	Exth. grösst. auf Pigmentreste rückgängig.	2	1	1	2	1	.
16/2	. . . . .	2	1	1	2	1	.
20/2	. . . . .	1	1	1	2	1	.
24/2	. . . . .	1	1	2	2	1	.
25/2	Pat. wird entlassen.	1	1	2	2	1	.

K. Josef, kräftiger Maurer, 24 Jahre alt, aufgenommen am 14. Jänner 1881 mit einer durch Initialsklerosen am inneren Blatte und am Margo des Präputium bedingten entzündlichen Phimose, inguinalen und universellen Drüsenschwellungen.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
15/1	. . . . .	1	2	1	2	1	.
18/1	Pat. schlaflos. Occipitalneuralgie.	4	2	3	4	3	1
20/1	Maculo-papulöses Exth. am Stamm.	4	4	2	3	2	1
22/1	Exth. deutlich. Expect. Behandlung.	3	3	1	2	2	1
24/1	. . . . .	3	2	1	2	1	1
27/1	. . . . .	3	1	1	1	1	.
1/2	. . . . .	2	1	1	1	.	.
5/2	Phimose rückgängig.	2	1	.	1	.	.
8/2	. . . . .	1	1	.	1	.	.
12/2	. . . . .	1	2	1	.	1	.
18/2	Exth. geschwunden. Sklerose fortbestehend.	.	2	1	.	1	.
25/2	. . . . .	.	2	1	1	1	.
1/3	. . . . .	1	2	1	1	1	.
10/3	. . . . .	1	2	1	2	1	.
19/3	Erscheinungen von Lues geschwunden. Pat. wird entlassen.	1	2	1	2	1	.

F. Anton, 21jähriger Marqueur, aufgenommen am 22. Jänner 1881 mit einer diphtherischen Sklerose im Sulcus coronarius dorsalis, inguinalen indolenten Lymphdrüsenschwellungen.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Kn. F.
24/1	. . . . .	2	1	1	3	2	.
30/1	. . . . .	2	1	1	3	2	.
8/2	Drüsenschwellungen allgemein. Jodkali.	2	1	1	3	2	.
16/2	Papulöses Syphilid in Proruption.	4	2	2	4	3	1
20/2	Exth. reichlich.	4	4	3	5	4	1
24/2	. . . . .	4	3	2	3	2	2
26/2	Sklerose verheilt. Exth. blasst ab.	2	1	1	2	1	1
28/2	. . . . .	1	.	1	1	1	.
2/3	Exth. geschwunden. Pat. entlassen.	1	.	1	1	1	.

S. Sebastian, 19jähriger Drechsler, aufgenommen am 19. Dec. 1880 mit Phimose, bedingt durch eine nekrotische Sklerose an der Innenfläche des Präputiums, inguinalen multiplen Drüsenschwellungen.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	Tr. R.	B. R.
20/12	Circumcissio.	2	1	2	2	1	1	1
22/12	Maculae am Stamm.	5	4	3	4	4	3	2
26/12	Exth. deutlich. Jodkali.	4	3	2	3	2	4	2
31/12	. . . . .	3	2	1	2	1	2	3
4/1	. . . . .	2	1	1	1	1	2	3
12/1	Exth. im Abblassen.	2	.	1	1	1	1	2
23/1	. . . . .	1	.	1	1	1	1	1
28/1	Exth. abgebl. Circumcissionsw. verheilt.	1	1	1	1	.	1	1
3/2	. . . . .	2	1	2	1	.	1	.
17/2	. . . . .	2	1	2	2	1	1	1
1/3	. . . . .	2	1	2	2	1	1	1

Pat. blieb bis 13. März in Behandlung, nachdem nach Verheilung der Symptome der Lues sich eine Phlegmone der Haut der Innenfläche des linken Oberschenkels einstellte, die in Suppuration überging, auch konnte seit 17. Februar keine Veränderung der Reflexerregbarkeit constatirt werden, und blieb dieselbe bis zu dem am 13. März erfolgten Austritt constant auf derselben Höhe.

N. Ludwig, 18jähriger, schwacher Schneider. Aufgenommen am 18. Jänner 1881 mit zwei oberflächlich nekrotischen Sklerosen im Sulcus coronarius, inguinalen Drüsenschwellungen.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.
20/1	. . . . .	3	1	2	3	1
24/1	Drüsenschwellungen allgemein.	3	1	2	3	1
27/1	Schlaflosigkeit. Pat. blasst ab.	3	1	3	3	2
4/2	. . . . .	3	2	3	3	2
8/2	Maculae am Stamm in Proruption.	3	2	4	4	3

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.
10/2	Exth. reichlich. Jodkali.	1	1	3	3	1
13/2	. . . . .	1	1	2	2	.
16/2	. . . . .	1	.	2	2	.
21/2	. . . . .	1	.	1	1	.
24/2	. . . . .	1	1	1	1	1
1/3	. . . . .	2	1	1	2	1
10/3	. . . . .	2	1	2	2	1
20/3	Erscheinungen von Lues geschwunden. Pat. wird entlassen.	3	1	2	2	1

J. Franz, 21jähriger Kellner, aufgenommen am 1. Februar mit einer schrundenförmigen Initialsklerose am Saume des angeborenen phimotischen Präputiums. Inguinale multiple Drüsenschwellungen.

Datum	Verlauf. Therapie.	B. D. R.	Cr. R.	F. S. R.	K. F.	A. R.	F. F.
2/11	. . . . .	3	2	2	1	1	.
16/11	Pat. blass, schlaflos.	3	2	3	1	1	.
20/11	Maculae am Thorax.	3	3	5	1	1	2
23/11	Exth. in Zunahme.	4	5	5	2	2	4
27/11	Exth. reichlich. Jodkali.	4	4	5	3	2	3
1/12	. . . . .	3	3	3	1	1	1
10/12	. . . . .	3	1	3	.	.	.
14/12	. . . . .	2	1	1	.	.	.
20/12	Exth. blasst ab.	2	1	1	1	.	.
28/12	. . . . .	1	1	1	1	.	.
8/1	. . . . .	1	2	1	1	.	.
12/1	. . . . .	1	2	2	1	1	.
19/1	. . . . .	2	2	2	1	.	.
26/1	Erscheinungen von Lues geschwunden. Pat. wird entlassen.	3	2	2	1	1	.

Immunität und essentielle Fieber.

Von

Prof. Rindfleisch

in Würzburg.

Soeben (Virch. A. 84, 1) hat einer unserer tüchtigen, jüngeren Pathologen, Paul Grawitz, gestützt auf eine kaum anfechtbare Reihe experimenteller Thatsachen den Satz aufgestellt, dass die Immunität von Pilzkrankheiten nach präventiver Impfung durch Anpassung der Gewebszellen an das energische Assimilationsvermögen der Pilze entsteht, und dass hiermit eine, von einer Zellengeneration auf die andere vererbbare, hohe Ernährungsenergie erworben werde. Ich hatte gerade einen kleinen Aufsatz geschrieben, worin ich mir angesichts der Frage von den essentiellen Fiebern über den Begriff der Immunität eine möglichst fehlerfreie Vorstellung bilden musste. Meine Raisonnements würden selbstverständlich neben den Thatsachen von Grawitz wenig bedeuten; da sie aber fast auf denselben Satz hinauslaufen und, wie gesagt, auf die Frage von den essentiellen Fiebern einiges Licht werfen, so wollte ich dennoch nicht von der Veröffentlichung abstehen.

Bekanntlich hinterlassen einige Seuchen, nachdem sie den menschlichen Körper durchwandert haben, in ihm eine gewisse Unempfindlichkeit gegen das gleiche Krankheitsgift, welche wir als Immunität gegen diese Seuche zu bezeichnen pflegen.

Auf welcher Veränderung des Körpers diese Immunität eigentlich beruht, ist schwer erfindlich. Nachdem wir aber in dem letzten Decennium durch zahlreiche Studien über Entzündung im Allgemeinen und die infectionellen Entzündungen insbesondere, zu einer grossen Anzahl neuer und sicherer Daten auf diesem Gebiete

gekommen sind, ist es immerhin an der Zeit einen neuen Erklärungsversuch zu wagen.

Pocken, Masern, Scharlach bieten die nächstliegenden Beispiele von Immunitätsgewährung dar. Die Immunität, welche sie gewähren, ist etwas grösser als diejenige, welche der Typhus abdominalis hinterlässt, aber geringer als diejenige von Flecktyphus und von der Syphilis. Bei allen diesen Infectionskrankheiten treten entzündliche Affectionen der äusseren Haut und der Schleimhäute neben Fieberbewegung als die gemeinschaftlichen Wirkungen eines im Blute und der Säftemasse des Körpers kreisenden Giftes auf.

Das Krankheitsgift wirkt also fürs Erste entzündungserregend, kann aber an einem einmal durchseuchten Organismus die typische Entzündung der Haut und Schleimhäute nicht mehr erzeugen. Dass die infectionelle Entzündung durch einen wesentlich anderen Mechanismus hervorgebracht werden sollte als alle anderen, wird wohl niemand behaupten. Wir werden also hier wie überall eine Alteration der Gefässwände durch den Entzündungsreiz annehmen müssen. Dass sich eine solche Annahme für die Infectionskrankheiten sogar besonders empfiehlt, brauche ich kaum hervorzuheben.

Ich klammere mich freilich nicht gar zu ängstlich an das Wort Gefässwandalteration, sondern bin mit vielen anderen der Ueberzeugung, dass auch bei den vom Blute ausgehenden Entzündungen das perivasculäre Parenchym mitalterirt ist, wenn auch nicht in erster Linie und nicht ausnahmslos, wie bei den ganz localen, z. B. den traumatischen Entzündungsprocessen. Für mich sind die Endothelien der Blutgefässe stabile Zellen des Bindegewebes, welche das Parenchym des Körpers gegen das Blut hin abschliessen. Ich halte sie für äquivalent, nicht blos den Wandzellen der Lymphgefässe und serösen Säcke, sondern auch den Binnenzellen des Bindegewebes (Bindegewebskörperchen, Häutchenzellen, Saftzellen). Diese Zellen hängen überall durch Ausläufer mit den Gefässwandzellen zusammen, und wenn auch die Virchow'sche Anschauung über die Betheiligung dieser Zellen beim Entzündungsprocesse sich hat eine Einschränkung gefallen lassen müssen, so steht doch seine Anschauung über die physiologische Bedeutung des Bindegewebszellennetzes unerschüttert da, und ist immer aufs Neue bestätigt und erweitert worden.

Das Verhalten der stabilen Bindegewebszellen bei der Entzündung ist namentlich an der Hand artificieller Keratitis und Dermatitis studirt worden. Der leichteste Grad einer entzündlichen Reizung scheint durch eine vorübergehende Einziehung der Strahlen des sternförmigen Elementes markirt zu werden. Eine bleibende Einziehung ist entweder das Zeichen des eingetretenen Zellentodes oder die Einleitung einer Protoplasmavermehrung und Kerntheilung, welche übrigens bei chronischer Entzündung auch ohne vorgängige Contraction der Ausläufer auftreten können. An den Gefässwandzellen sind bisher nur Kernvermehrung und Protoplasmaanhäufung beobachtet und diese vorwiegend auch nur bei chronischen Entzündungsformen. Der Einziehung der Ausläufer, welche wir bei acuten Entzündungen an den stabilen Zellen des Bindegewebes beobachten, entspricht jene bis jetzt noch nicht genügend definirte Alteration der Gefässwand, welche Cohnheim in den Mittelpunkt seiner Entzündungslehre stellte. Eine Art von Isolirung der Wandungselemente spielt dabei ebenfalls eine gewisse Rolle. Im allerersten Beginne einer artificiellen Pleuritis konnte ich seiner Zeit ein Auseinanderweichen der Mosaiks der Endothelzellen nachweisen. Arnold und Thoma aber haben durch ihre überaus sauberen und sinnigen Präparationen eine Lückenbildung in den Kittleisten der Gefässendothelien für alle acuten Entzündungen mehr als wahrscheinlich gemacht. Etwas weiteres über den inneren Zustand einer entzündlich alterirten Gefässwandzelle weiss ich vor der Hand nicht anzugeben. Soviel aber steht fest, dass wir in diesen Zellen und den mit ihnen innigst zusammenhängenden Bindegewebskörperchen und sonstigen Endothelien den Angriffspunkt für jede entzündliche Reizung zu suchen haben. Hyperämie und Exsudation sind nur eine weitere Consequenz dieses Angriffs und in ihrem Verlaufe wesentlich von demselben abhängig.

Wenn wir nun sehen, dass unser Körper gegen ein im Blute kreisendes Gift, welches erfahrungsgemäss bei noch nicht durchseuchten Individuen, typische Entzündungen im Haut- und Schleimhautsystem zu erregen im Stande ist, gefeit ist, vorausgesetzt, dass er schon einmal dieser Wirkung ausgesetzt war, so können wir nicht umhin, diese seine Immunität als eine Immunität der stabilen Zellen des intermediären Ernährungsapparates zu definiren.

Etwas muss nothwendig bei jener früheren Affection an den sämmtlichen Endothel- und Bindegewebszellen des Körpers geändert worden sein, was ihr Protoplasma unempfänglich für die Giftwirkung gemacht hat. Dass diese Aenderung Jahre lang und Jahrzehnte lang anhält, will freilich wenig mit den Vorstellungen stimmen, welche wir von der Dauerhaftigkeit unseres Körperparenchyms im Allgemeinen hegen. Nach einigen Monaten, denkt man sich gewöhnlich, ist jedes Atom Stickstoff, Kohlenstoff, Wasserstoff etc., welches *jetzt* unseren Körper zusammensetzen hilft, durch ein anderes ersetzt, ist der Körper in allen Theilen erneuert. Indessen dürfen wir hier wohl darauf hinweisen, dass diese Erneuerung wahrscheinlich wirklich Atom für Atom geschieht, so dass bei solcher Flickarbeit nicht einmal die Structur der grösseren Moleküle sehr wesentlich geändert wird. Jene Aenderung aber, welche wir in dem Protoplasma einer gegen Pockengift immun gewordenen Bindegewebszelle annehmen, muss wenigstens gewisse Moleküle, wahrscheinlich aber eine höhere Gruppe von Structurelementen des Protoplasmas betreffen. Doch dies sind vor der Hand Vermuthungen. Bleiben wir bei dem, was sich wenigstens im Grossen fassen und halten lässt.

Die Immunität gegen infectionelle Entzündungsreize ist eine Eigenschaft der *stabilen* Zellen des intermediären Ernährungsapparates, vornehmlich der Gefässwandzellen. Lassen wir diesen Satz gelten, so ist damit noch keineswegs die *ganze* Immunität localisirt. Wie steht es mit der Immunität des Blutes und der Säftemasse des Körpers? Als eine Wirkung des Infectionsstoffes auf das Blut pflegt man gewiss nicht mit Unrecht den Fieberzustand aufzufassen, welcher die örtlichen Eruptionen der Krankheit zu begleiten pflegt. Man bringt diese Wirkung an der Hand der Pilztheorie in Parallele mit der gährung- und fäulnisserregenden Kraft der Spross- und Spaltpilze und denkt sich als Object derselben theils die ungeformten Bestandtheile des Blutes, theils die farblosen und rothen Blutkörperchen. Von den festen Theilen des Körpers ist das Nervensystem ohne Zweifel am meisten beim Zustandekommen des Fiebers betheiligt. Sein paradoxes Verhalten der einmal eingetretenen Temperatursteigerung gegenüber trägt nicht wenig zur ferneren Erhöhung der letzteren bei. Doch wir bleiben einstweilen bei der zymotischen Wirkung aufs Blut stehen.

Ist es anzunehmen, dass auch die so sehr wechselnden Bestandtheile des Blutes an der durch einmalige Durchseuchung erworbenen Immunität Antheil haben? Ich denke schwerlich. Im Blute bietet sich den Bacterien stets dasselbe Substrat dar, und wenn wir auch annehmen könnten, dass vielleicht nach vier Wochen noch einige von den Zellen im Blute circuliren, welche wir heute antreffen, so sind sie doch in Jahresfrist sicherlich alle geschwunden und wir haben einen durchaus neuen Boden für die Einpflanzung der Pilze vor uns. Demnach wäre zu erwarten, dass die neue Infection eines Körpers, welcher gegen die Einwirkungen der Pilze auf die Gewebe immun geworden ist, wenigstens einen mehr oder minder ausgesprochenen Fieberzustand hervorriefe. Dieses Fieber würde vielleicht geringer ausfallen wegen der erlangten Immunität des Nervensystems, aber was Pilze und Blut zum Fieber beitragen, das wenigstens würde zum Vorschein kommen müssen.

Nun ist mir der Gedanke gekommen, ob nicht und bis zu welchem Masse wohl die sogenannten essentiellen Fieber als solche Infectionsfieber übrigens immuner Organismen angesehen werden könnten. Diese essentiellen Fieber kennt jeder beschäftigte Arzt. Es ist ja darüber auch schon so viel geschrieben worden. Am häufigsten kommen sie bei Kindern vor. Ich habe sie in meiner eigenen Familie wiederholt beobachtet. Leider habe ich als Nichtpraktiker wenig Gelegenheit meine Kenntnisse in dieser Richtung zu vervollständigen. Nur einen Fall von Reinfectio syphilitica kann ich aus meiner kurzen specialistischen Beschäftigung mit Syphilis und Hautkrankheiten anführen, der meines Erachtens hierher gehört. Die erstmalige Erkrankung an hartem Schanker, Roseola und Rachenaffectionen war vor 13 Jahren unter Mercurialbehandlung vollständig geschwunden, als das betreffende Individuum sich neuerdings einen harten Schanker zuzog, der alsbald die Form einer breiten, stark absondernden Papel annahm. Die Lymphdrüsen der Inguinalgegend waren kaum vergrössert aber etwas hart. Ich war natürlich sehr gespannt auf den weiteren Verlauf. In der 7. Woche nach dem Schanker trat Fieber ein. Das Fieber dauerte mit ausgesprochenen morgendlichen Remissionen fünf Tage, die Temperatur stieg nie über 39, meist zeigte das Thermometer Abends 6 Uhr $38^1/_2$, die Pulsfrequenz betrug 88—92 Schläge,

gegen 76—78 am frühen Morgen. In der 8. Woche verschwand das Fieber ohne von entzündlichen Erscheinungen auf Haut und Schleimhäute gefolgt zu sein. Es war also ein gewöhnliches Eruptionsfieber ohne Eruption.

In den meisten Fällen wird es seine Schwierigkeiten haben, mit einer auch nur annähernden Gewissheit ein essentielles Fieber als Eruptionsfieber einer Infectionskrankheit zu erkennen. Haus- und Familienärzte haben dazu am ehesten Gelegenheit, und wenn ich diesen so wenig Thatsächliches bietenden Aufsatz trotzdem veröffentlicht habe, so geschieht es hauptsächlich, um in jenen Kreisen zur Beischaffung von Material anzuregen.

Ueber die normale Zungenoberfläche und den normalen Zungenbelag.

Von

P. G. Unna

in Hamburg.

Das Aussehen der Zunge im Normalzustande ist bei verschiedenen Individuen und selbst bei einzelnen Personen zu verschiedenen Zeiten ein so vielgestaltiges und demgemäss sind die Beschreibungen derselben selbst in denjenigen Abhandlungen, welche speciell die Zunge zum Gegenstande haben, meist so unbestimmt gehalten, dass es verdienstlich sein dürfte, durch Hervorhebung der das Aussehen bestimmenden Factoren eine allgemein giltige Norm, einen Rahmen der Beschreibung festzustellen. Es ist dieses eine nothwendige Vorarbeit für ein genaueres Studium der pathologischen Veränderungen der Zungenoberfläche, welche klinisch denn doch nicht so unwichtig sind, wie es nach dem Stillschweigen der neueren Lehrbücher den Anschein haben könnte.

Ich sehe im Folgenden von der Region des Zungengrundes mit seinen umwallten Papillen ab, da dieselbe, gewöhnlich kaum sichtbar, dem Kliniker nur ein geringes Interesse bietet. Es bleiben sodann die vorderen Partien der Zungenoberfläche allein übrig, welche sich je nach den individuellen Verhältnissen in 2 bis 4 verschiedene Regionen theilen lassen. Stets ist zu unterscheiden der Zungenrücken von dem Zungenrande; ersterer theilt sich häufig in einen mehr centralen hinteren und einen diesen concentrisch oder lateral einfassenden, peripheren Abschnitt, an letzterem sind häufig besonders zu unterscheiden die seitlichen Zungenränder einerseits und die Zungenspitze andererseits. Zwei Momente sind es, deren Beachtung bei jeder Beschreibung der

genannten 2 bis 4 Regionen nothwendig wird, nämlich Farbe und Niveau derselben. Auf diese beiden Momente sind hinwieder drei Factoren von wesentlichem Einfluss: Die Farbe wird bestimmt durch die Blutcirculation und den Zustand der Hornschicht, das Niveau hängt ebenfalls von dem Zustande der Hornschicht ab, weiter über auch von der Art der Papillenvertheilung, welche den allergrössten Schwankungen unterliegt. Die Blutcirculation ist dagegen selbst in ihren physiologischen Extremen für die Niveau-Verschiedenheiten von so geringem Belange, dass ich ihr hier unter den wesentlichen Factoren keinen Platz einräumen kann. Hieraus geht hervor, dass wir nur nöthig haben, bei jeder Zungenbeschreibung diese drei Punkte der Reihe nach ins Auge zu fassen.

1. Die Blutcirculation. Anämie und venöse Stauung bedingen in gleicher Weise eine ins Blaugraue spielende Farbe der sonst normalen Zunge; während bei guter Circulation und Gefässfülle die Farbe mehr oder weniger hell fleischroth ist. Dieser Factor ist mit einem Blicke zu übersehen. Eingehendere Berücksichtigung verlangt er nur bei allen complicirteren Bildern der Zungenoberfläche, indem eine blasse, bläulichgraue Farbe sonstige (im Epithel liegende) Verschiedenheiten zu verwischen neigt, welche bei normaler Zungenfarbe scharf hervortraten. Im ersteren Falle sind daher alle vorkommenden Differenzen um so mehr zu betonen.

Bei einigen Personen treten beim Hervorstrecken der Zunge durch unnöthige Contractionen einzelner Bündel des M. transversus anämische Bezirke auf der Oberfläche, besonders längs der Mittellinie auf. Man muss dieselben anweisen, die Zunge recht flach über die Unterlippe auszubreiten, damit die Zungenfarbe klar hervortritt, eine Bewegung, welche ohne Mitwirkung des M. transversus durch die mittlere und hintere Partie des M. genioglossus hervorgebracht werden soll.

2. Eine weit genauere Betrachtung erfordert der Zustand der Hornschicht.

Bekanntlich ist die letztere über den fadenförmigen und pilzförmigen Papillen sehr verschieden gebaut. Da die ersteren die Grundmasse der Zungenbekleidung ausmachen, so ist es zweckmässig, zuerst das durch diese allein hervorgerufene Aussehen zu

erläutern und nachher die Modificationen zu betrachten, welche durch Einstreuung der pilzförmigen Papillen zu Stande kommen.

Jede fadenförmige Papille besteht aus einem auf gemeinsamer Basis sich erhebenden Convolut verschieden hoher, kleinerer Papillen, deren gemeinsame Hornbekleidung so geschichtet ist, dass sie naturgemäss wieder in eben so viele haarfeine Spitzen auslaufen muss, als bindegewebige Elementarpapillen zum Aufbau der ganzen Papille dienten. Diese letztere trägt daher, wenn die äussersten Verhornungsschichten vollständig erhalten sind, einen feinen Haarbüschel an ihrer Spitze, der um so schlanker und länger gebaut ist, je dünner und länger die dazugehörigen Elementarpapillen sind. Die Gesammtheit dieser Haarbüschel nun gibt der Zunge das bekannte filzähnliche Aussehen, welches wir besonders auf dem hinteren und mittleren Theile des Zungenrückens wahrnehmen.

Es erklärt sich nun leicht, dass, wenn die haarförmigen Papillen in voller Länge die ganze Oberfläche bedecken, diese überall weisslich und sehr rauh aussieht — das seltenere Vorkommniss, — wenn dagegen vom Zungengrunde aus nach vorne und den seitlichen Rändern die Länge der Haarbüschel tragenden Papillen allmälig abnimmt, die Zunge sich ganz allmälig nach dem Rande abglättet und röthet — der häufigst vorkommende Fall. Hört diese Papillenform bereits vor dem Rande ganz auf, ohne dass andere an ihre Stelle treten, so haben wir die ganz glattrandige (und rothrandige) Zunge; hier schlägt sich gleichsam die stets glatte Schleimhaut der Zungenunterfläche weiter als gewöhnlich über den Rand hinauf.

Die Länge und Dicke der Haarbüschel bestimmt weiter die feineren Nüancen des Filzes, mit dem die Zunge bekleidet ist und wir finden alle Uebergänge vom wollig-langhaarigen, zum filzig-mittelhaarigen, zum sammtartig-kurzhaarigen und grobkörnigen Ueberzuge, welch letzterer die äusserste Reduction der Haarbüschel bis auf ein Minimum darstellt. Die Richtung, in welcher die Haarbüschel niedergelegt sind, geht fast immer und auf der ganzen Zunge von hinten nach vorne, und biegt nur an den Seitenrändern senkrecht auf diese ab; man kann deshalb jederzeit mit dem Spatel durch einen Strich von vorn nach hinten die Haarbüschel aufrichten und deutlicher machen. Nur ganz ausnahmsweise habe

ich eine symmetrisch von der Mittellinie bereits nach den Seitenrändern abweichende Richtung der Haarbüschel wahrgenommen, so dass die Zunge gleichsam wie in der Mitte gescheitelt aussah.

Je länger nun die Haarbüschel sind, desto weisslicher sehen die betreffenden Zungenpartien aus; bei einem gewissen Grade ihrer Ausbildung resultirt daher normalerweise das, was der Praktiker einen Zungenbelag nennt und als pathologisch zu betrachten immerhin geneigt ist. Das Vorhandensein eines Zungenbelages knüpft sich also ganz speciell an die haarbüscheltragenden Papillae filiformes sowohl im normalen wie pathologischen Zustande; eine scharfe Grenze beider ist schwer abzustecken und man hat niemals eine sichere Beurtheilung des pathologischen Zungenbelages, wenn man die normale Oberfläche derselben Zunge nicht kennt; genau genommen hat eben etwa die Hälfte aller Erwachsenen wenigstens auf dem hinteren Theile des Zungenrückens einen „Zungenbelag".

In den meisten Fällen entsteht nun der pathologische Zungenbelag durch eine Schwellung der gesammten Haarbüschelbekleidung der Pap. filiformes: die feineren Haarbüschel werden dicker, die kurzen länger, die gesammte Masse derselben erscheint bei den gleichmässig von ihnen bedeckten Zungen als ein dicker, weisser, gleichmässiger Pelz, bei den nach dem Rande abgeglätteten Zungen als eine weisse, mehr oder minder breite, mittlere Zone, die je nach dem normalen Bestande mit haarförmigen Papillen allmälig oder mit scharfer Grenze nach dem Rande zu aufhört. Der Belag ist um so dicker, je stärker die Haarbüschel der betreffenden Zunge, wollig wo jene filzig, filzig wo jene sammtartig waren.

Die Schwellung der ganzen Hornschicht ist durch eine Quellung der Hornzellindividuen, die stärkere Weisse durch dieselbe Quellung und eine Lockerung der oberen Hornschichten bedingt, mit welcher sich das spätere Abwerfen derselben einleitet. Dieses ist die einfachste und häufigste Form des bei gastrischen Symptomen so oft angetroffenen Zungenbelages. Nächstdem entstehen mannigfache Complicationen durch Pilzwucherung in den Hornschichten, secundäre Vertrocknung und Verklebung der Haarbüschel u. A. m., Dinge, die uns hier nicht weiter interessiren.

Ich kehre nach dieser Abschweifung auf das pathologische Gebiet zurück zu der normalen Hornschicht und zwar der zweiten Papillengattung, der pilzförmigen Papillen. Diese sind bekanntlich ihrem bindegewebigen Antheile nach höher und dicker als die haarförmigen Papillen, in ihrem vollen Hornkleide betrachtet dagegen niedriger als letztere. Kann man die haarförmigen Papillen als ein Convolut sehr verschieden langer, spitzkegliger Papillen betrachten, so erscheinen die pilzförmigen als ein Bündel ziemlich gleich langer Einzelpapillen, deren Leiber zu einem dicken Stocke verschmolzen und deren Spitzen in einer Ebene liegend nur einen mässig vergrösserten Papillarkörper darstellen. Während daher bei den haarförmigen Papillen die Hornschicht in übermässig feinen, langen Kegeln aufsteigt, bedeckt sie die pilzförmigen relativ horizontal geschichtet, in schwach wellenförmiger Linie. So erklärt sich einfach die auffallende Thatsache, dass je nach dem mehr oder minder vollständigen Zustande der Hornbekleidung die pilzförmigen Papillen hinter den haarförmigen mehr oder weniger zurückbleiben; bei fehlender Hornschicht würden sogar die Pap. fungiformes unter den filiformes als die höheren aufragen.

Das soeben geschilderte Verhältniss ist als das häufigste aber nicht als das einzig normale zu bezeichnen. Die Betrachtung der Papillen als Convolute von Elementarpapillen legt schon den Gedanken nahe, dass manche Modificationen und Uebergänge zwischen beiden Formen vorkommen mögen und diese existiren in der That. Einerseits gibt es Zungen, bei denen alle Pap. fungiformes einen eben solchen Bindegewebsstamm besitzen wie die Pap. filiformes und dann consequenterweise ebenfalls mit einem Büschel feiner Hornkegel gekrönt sind. Dann ragen diese behaarten pilzförmigen Pap. unter den haarförmigen hervor wie die Stichelhaare unter Wollhaaren oder wie die Schwänzchen auf einem Hermelinpelze. Viel häufiger aber ist die andere Abart, dass die haarförmigen Papillen in kleinerer Form den Bau der pilzförmigen nachahmen und mit ganz kurzen Hornkegeln bedeckt sind; dann gewinnt die ganze Zunge ein feinkörniges oder grobkörniges, ungewöhnlich glattes Ansehen. Die glatte Zunge alter Leute und marastischer Individuen zeigt eine noch grössere papilläre Atrophie, durch welche natürlich beide Papillentypen einander verähnlicht werden.

Was die Farbe der pilzförmigen Papillen betrifft, so stechen sie in ihrem reinen Typus roth gegen die weisslichen, haarförmigen Papillen ab. Dieser Unterschied verwischt sich, wenn entweder die pilzförmigen Papillen auch mit Haarbüscheln bedeckt sind, oder die haarförmigen die ihrigen mehr oder minder abgeworfen haben (acut z. B. bei Scharlach, chronisch bei Marasmus etc.).

3. Die Einbildungskraft construirt wohl leicht alle möglichen Bilder, welche aus einer verschiedenartigen Vertheilung der beschriebenen Papillarbildungen hervorgehen müssen, aber sie wird nie der Mannigfaltigkeit nahe kommen, welche unter diesen in Wirklichkeit herrscht. Eine schon begonnene Statistik der Haupttypen normaler Zungenoberflächen musste ich deshalb wieder aufgeben; der individuellen Variationen sind zu viele, eine Einzwängung in wenige Typen würde unnatürlich ausfallen. Dennoch aber ist man wohl im Stande, eine kurze Charakteristik der am häufigsten wiederkehrenden Bilder zu geben.

Gewöhnlich dominiren die pilzförmigen Papillen am Zungenrande, die haarförmigen am Zungenrücken; hieraus allein resultirt schon die grössere Häufigkeit eines rothen Zungenrandes. Die pilzförmigen Papillen stehen dann am Zungenrücken sparsam, in ziemlich gleich grossen Abständen vertheilt, rücken je näher dem Rande um so näher zusammen, um den Rand fast allein in Beschlag zu nehmen. Da sie der dünneren Hornschicht halber als Schmeck- und Tastorgan — den mit mehr mechanischen Aufgaben betrauten haarförmigen Papillen gegenüber — wohl vorzugsweise in Betracht kommen, so würde die Bevorzugung des Zungenrandes und besonders der Spitze für diese Zwecke wahrscheinlich in der sehr häufig vorkommenden, angegebenen Papillenvertheilung ihren Grund haben und es wäre bei Abweichungen von dieser Regel darauf zu achten, ob in diesen Fällen nicht vielleicht auch eine andere Form der Papillenvertheilung vorhanden wäre.

Eine recht häufige Erscheinung ist weiter die von erbsen- bis kirschkerngrossen Gruppen pilzförmiger Papillen, die sich neben vereinzelten Pap. fungiformes öfter am Zungenrande, bisweilen jedoch auf dem Zungenrücken finden. Hin und wieder stehen die pilzförmigen Papillen alleenweise, parallel den beiden seitlichen

Rändern in drei bis vier Reihen und fehlen fast sonst auf dem Rücken der Zunge. Auch kommt es nicht so ganz selten vor, dass sich die wenigen vorhandenen pilzförmigen Papillen fast alle auf der Zungenspitze selbst zusammendrängen, die sich dann stark roth und gekörnt von der übrigen Zunge scharf abhebt. Am frappirendsten wirkt der Contrast der beiden Papillenformen, wenn die haarförmigen Papillen bis zum Zungenrande in voller Länge vorhanden sind, die pilzförmigen sich dagegen nur sparsam und regelmässig dazwischen vertheilt finden; es entsteht das Bild eines weissen Pelzes, der mit kleinen dunkelrothen Knöpfchen regelmässig besetzt ist.

Eine besondere Erwähnung verdient schliesslich noch der strichweise Mangel von Papillen, der zur Bildung von Furchen oder Gräben auf der Zungenoberfläche Veranlassung gibt; er kommt nur in einem kleinen Procentsatze aller Zungen vor. Am häufigsten ist eine mediane Längsfurche, an die sich gewöhnlich noch einige schwache und kurze, senkrecht von ihr abgehende, seitliche Furchen anschliessen. Dieselbe erreicht fast nie die Zungenspitze. Etwas seltener sind Furchen, welche den ganzen Zungenrand in ziemlich gleichen Abständen von etwa $^1/_2$Cm. senkrecht zerklüften und schon eine recht eigenthümliche Configuration der Zunge bedingen. Sie fallen durchaus nicht mit den Zahneindrücken zusammen. Noch weit complicirter gestaltet sich die Zungenoberfläche, wenn sie in ihrer ganzen Ausdehnung von Furchen durchsetzt ist. Dieselben schliessen sich dann zumeist an eine mediane Längsfurche einerseits und an Randquerfurchen andererseits an, indem sie beide verbinden. Doch kommt diese Form auch sowohl ohne Mittel- wie ohne Randfurchen vor. Die Zunge ist dann ähnlich der Gehirnoberfläche, aber nie ebenso symmetrisch in unregelmässige Windungen und Inseln getheilt, eine Form, welche ich nie bei langhaarigen, sondern nur bei sammtartig-kurzhaarigen Zungen gefunden habe. Zum Unterschiede von der Gehirnoberfläche handelt es sich hier auch nicht um wirkliche Gewebsfalten, um das Faltenschlagen einer zu weiten, hypertrophischen Schleimhaut; denn beim Hervorstrecken der Zunge verstreichen die Furchen nicht, sondern klaffen vielmehr, ein sicheres Zeichen, dass es sich hier nur um ein strichförmiges Fehlen aller Papillarbildungen, ähnlich gewissen Rillen der Haut, handelt.

Beispiele:

Die folgenden, willkürlich herausgegriffenen Beispiele normaler Zungen mögen die Form erläutern, welche eine getreue und doch äusserst bündige Darstellung jeder beliebigen Zungenoberfläche nach den angegebenen Principien ermöglicht. Ich stelle in jedem Beispiele die Unterseite der Zunge nur zum Zwecke der Bestimmung der Farbe voran, da diese an ihr stets reiner hervortritt:

1. Unterfläche: roth; Oberfläche: filziger, weisser Beleg, nach dem Rande allmälig abfallend, spärlich rosa getüpfelt; Rand in $^1/_2$ Ctm. Breite glatt.

2. Unterseite: blaugrau; Oberfläche: sammtartiger, graulicher Beleg bis an den Rand reichend, von weisslichen, längeren Köpfchen regelmässig unterbrochen; mediane Furche.

3. Unterseite: frischroth; Oberfläche: wolliger, weisser Beleg, $^1/_2$ Ctm. vor dem Rande plötzlich scharf aufhörend, reichlich roth getüpfelt; am Rande viele Gruppen rother Köpfchen, besonders an der Zungenspitze und zwischen den seitlichen Randeinkerbungen, von denen jederseits etwa sechs vorhanden sind.

4. Unterseite: roth; Oberfläche: sehr gleichmässig rothkörnig, nach dem Rande zu fast glatt, mit wenigen höheren, sich kaum abhebenden rothen Köpfchen regelmässig durchsetzt.

Ueber kreisfleckige Exfoliation der Hohlhand und der Zunge (Exfoliatio areata palmae manus und Exfoliatio areata linguae).

Von

P. G. Unna

in Hamburg.

Unter kreisfleckiger Exfoliation der Hohlhand verstehe ich eine ganz auf die Hohlhand beschränkte, gutartige Hautaffection, welche, so viel ich sehe, bisher keine Beschreibung gefunden hat.

Den ersten Fall sah ich bei einem jungen Mädchen im Sommer 1876 in der Wiener allgemeinen Poliklinik. Hier zeigten sich sowohl auf der eigentlichen Hohlhand als auf der Palmarfläche der Finger u. zw. beider Hände zerstreut: kreisförmige, etwa 5—10 Pfennigstückgrosse Inseln, in deren Bereich die äussersten Hornschichtlagen wie mit dem Locheisen ausgeschlagen waren. Der Grund dieser seichten Substanzverluste war etwas glatter als die gesunde Umgebung und meist deutlich um eine Nüance röther gefärbt. Der Rand derselben war theils glatt, theils gefranst und streckenweise unterminirt. Durch Zusammenfliessen der Kreise entstanden, besonders auf der Hohlhand selbst, grössere, vertiefte Flächen, die von Kreissegmenten begrenzt waren. An den Fingern sah man die hier im Ganzen auch kleineren Kreise mehr vereinzelt und konnte hier constatiren, dass die Grenzen der Affection ganz genau mit der Grenze der dickeren feingerillten Hornschicht, welche die Palmarfläche der ganzen Hand auszeichnet, zusammenfiel; die Flecke stiegen eben so weit wie diese an den Seitenflächen der einzelnen Finger gegen deren Rückenfläche in die Höhe. Ich glaube mich zu erinnern, dass über

eine vermehrte Empfindlichkeit an Stelle der Exfoliationen geklagt wurde, dagegen war kein Jucken vorhanden, wie man überhaupt jedes sonstige eczematöse Symptom vermisste. Ich hatte noch Gelegenheit zu bemerken, dass sich die Affection unter einer antieczematösen Therapie nicht wesentlich veränderte.

Ein Jahr darauf stellte sich mir ein Beamter des allgem. Krankenhauses von etwa dreissig Jahren mit derselben Affection vor. Er hatte dieselbe mit Bestimmtheit erst vor wenigen Tagen acquirirt und suchte mehr des schlechten Aussehens der Hände als sonstiger Beschwerden halber Hilfe. In diesem Falle, der genau denselben Anblick, wie der soeben skizzirte darbot, konnte ich überdies mit Sicherheit eine syphilitische Aetiologie und einen Zusammenhang mit irgend welcher acuten anderen Krankheit ausschliessen. Eine gewisse Anämie war das einzig vorhandene krankhafte Symptom. Ich war sehr begierig, in diesem Falle den beiden wichtigsten Fragen näher zu treten, nämlich 1. ob die Exfoliationen stabil waren oder wanderten und 2. ob sie sich concentrisch verkleinerten, wurde jedoch an diesem Studium durch den unerwartet raschen Erfolg der Therapie, die ich einschlagen liess, gehindert. Ich verordnete nämlich, von gewissen Ideen über das Wesen der Abschuppungsanomalie ausgehend, die ich a. e. a. O. zu erörtern gedenke — eine Schwefelsalbe Nachts einzureiben und fand schon am anderen Tage die Affection gut zur Hälfte verschwunden, nur noch in ganz unregelmässigen Resten bestehend und nach zwei Tagen war definitive Heilung aufgetreten.

Ich habe dann noch vor 2 Jahren einen dritten ganz analogen Fall vorübergehend bei einem Patienten constatirt, aber weder die Aetiologie noch das Wesen des Processes erhellende Aufschlüsse von demselben erlangen können.

Ich würde diese dürftigen Notizen über eine anatomisch und klinisch freilich leicht und strict zu definirende, jedoch ätiologisch dunkle und bisher unbeschriebene Affection kaum der Oeffentlichkeit zu übergeben wagen, wenn ich nicht durch dieselbe schon vor langer Zeit auf eine andere, wie ich glaube, nah verwandte krankhafte Erscheinung an der Zunge hingewiesen wäre, welche ebenfalls bis vor Kurzem so gut wie unbekannt war, zu deren Erforschung mir jedoch in der officiellen Untersuchung der Prostituirten ein beträchtlich grösseres Material als für jene äusserst seltene

Affection der Hand seit Jahren zu Gebote stand. Es ist dies jene vielen Praktikern unter den Namen: Landkartenzunge, geographische Zunge, Lingua geographica bekannte, äusserst frappante Erscheinung der Zungenoberfläche, die bei anscheinend ganz gesunden Individuen hin und wieder vorkommt und gewöhnlich das Interesse des Arztes nur so lange in Anspruch nimmt, als er die Ungefährlichkeit und die nicht syphilitische Natur derselben noch nicht bestimmt erkannt hat. Gewöhnlich sind es übrigens die Patienten selbst, die sich beeilen, den Arzt über die benigne Natur des Leidens aufzuklären unter dem Hinweis, dass sie immer mit solcher Zunge behaftet gewesen seien, dass sie keinerlei Schmerz und Unbequemlichkeit durch dieselbe auszustehen hätten. Seit langem hatte ich, wie gesagt, diese Fälle mit Interesse verfolgt, war zu einer bestimmten Ansicht über ihr Wesen gelangt und hatte sie öfters mit Glück behandelt, als ich im vorjährigen Bande der Vierteljahresschrift für Dermatol. und Syphilis pag. 183 den Aufsatz von Caspary „Ueber flüchtige, gutartige Plaques der Zungenschleimhaut“ zu Gesicht bekam, unter welchem Namen der Verf. offenbar ebenfalls diese sog. Landkartenzunge, unterstützt durch gute Abbildungen in höchst anschaulicher Weise schildert und sie dadurch einem langen, unverdienten Stillschweigen entreisst.

Es freut mich constatiren zu können, dass ich, besonders was die klinischen Erscheinungen betrifft, die Erfahrungen Caspary's vollinhaltlich bestätigen kann. Wenn ich es unternehme, noch einmal die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf diese Affection zu lenken, so ist es, weil ein beträchtlich grösseres Material mir noch gewisse Gesichtspunkte erschlossen hat, welche in der vorzüglichen, aber auf nur 6 Fälle basirten Darstellung Caspary's nicht, oder nur leichthin berührt werden konnten.

Ich schicke der kurzen Uebersicht meiner 14 Fälle, welche uns zur Besprechung der Aetiologie und des Wesens des Processes das Material liefern wird, die anatomisch klinische Definition voraus. Ich unterscheide drei Grade der Ausbildung des Uebels, welche nicht ineinander überzugehen, sondern ohne entsprechende Therapie zeitlebens als solche zu bestehen pflegen.

Die erste Stufe der Ausbildung zeigt uns eine im Uebrigen normale Zungenschleimhaut, auf welcher erbsen- bis zehn Pfennig

grosse Kreise sich durch Farbe- und Niveauverschiedenheiten abheben. Dieselben stehen meist getrennt, seltener berühren sie sich an der Peripherie; meist nehmen sie die Zungenränder und deren Nachbarschaft, weniger häufig die mittleren Partien der Ober- und Unterfläche ein.

Wie Caspary betont, sind die Ränder dieser Flecke das zunächst in das Auge fallende; erst bei näherer Betrachtung gewahrt man, dass in der Mitte derselben doch der Hauptherd der Affection zu suchen ist. Ich finde den Rand nicht stets von der nach Caspary charakteristisch gelben, lehmigen Farbe, sondern sogar häufiger bläulich- oder graulich, ja silberweiss und glaube, dass die von mir in drei Fällen ebenfalls beobachtete, gelbliche Farbe immer ein Zeichen von secundärer Eintrocknung der Hornlagen war. In Bezug auf die Niveaudifferenzen glaube ich die Angabe Caspary's, dass der Rand jedes Fleckes einen bald sehr wenig, bald stärker erhabenen Wall darstellt, ergänzen zu müssen. Ich finde den Rand der Flecke relativ zum übrigen Zungenniveau ebenfalls entweder nicht erhaben oder wallartig vorspringend. Ersteres ist der Fall, wenn die obersten Lagen der Hornschicht der ganzen Zunge weisslich gefärbt, einen sog. Zungenbelag darstellen; (s. d. vorg. Abhandl.); dann geht dieser Zungenbelag, der übrigens bei dem Individuum normal und nicht das Zeichen eines Magenleidens zu sein braucht, gewöhnlich direct und ohne Niveau- und ohne Farbengrenze in den Rand der Flecke über und nur selten hebt dieser sich nochmals durch eine gelblichere Farbe und noch grössere Höhe von jenem ab. Im anderen Falle, wenn die übrige Zunge glatt oder körnig roth aussieht, prominirt der Rand jedesmal wallartig über dieselbe.

Das vertiefte rothe Centrum soll nach Caspary im Niveau der übrigen Schleimhaut liegen oder mit anderen Worten: nur der Wall soll pathologisch erhöht, die Mitte jedoch nicht pathologisch vertieft sein. Die Entscheidung dieser Frage wird durch das complicirte Zungenepithel einigermassen erschwert. Die Zungenoberfläche ist bekanntlich von den umwallten Papillen an nach vorne von zweierlei Papillenformen bedeckt, die kleineren haarförmigen sind von langen feinen Hornkegeln, und die grösseren und dickeren pilzförmigen von einer horizontalen dünnen Hornschicht bekleidet (s. d. vorhergehende Abhandl.), so dass bei vollstän-

dig erhaltener Hornschicht die pilzförmigen unter dem Niveau der haarförmigen liegen, bei theilweise abgeworfener Hornschicht über das Niveau derselben emporsteigen.

Wo die pilzförmigen Papillen wie gewöhnlich auf den Zungenrücken einzeln zwischen der grossen Masse haarförmiger zerstreut sind, ist eine falsche Auffassung dieser Sachlage noch weniger leicht möglich, wo jedoch, wie schon häufig, nahe dem Zungenrande ganze Gruppen von pilzförmigen Papillen zusammenliegen, da ist es ebenso erklärlich, wie verzeihlich, wenn diese ganz allgemein als „geschwellte", wohl auch als „entzündlich verdickte" Papillen hingestellt werden. Man vergisst, dass bereits eine ganz seichte Exfoliation der Zungenpartie, indem von den haarförmigen Papillen ziemlich lange Haarbüschel abfallen, eine relative Erhöhung der pilzförmigen Papillen zu Wege bringen kann und nach meiner Auffassung stellt das Centrum unserer Kreise auch regelmässig eine solche seichte Exfoliation, eine Vertiefung unter das normale Niveau der Hornschicht dar. Fällt nun das Centrum eines Kreises, wie es am Zungenrande häufig ist, genau mit einer Gruppe pilzförmiger Papillen zusammen, so wird der weisse Rand von den umliegenden haarförmigen Papillen gebildet. Das Centrum ist in diesem Falle nur wenig vertieft, stark geröthet, glänzend und grobkörnig. Für gewöhnlich jedoch ist das Centrum stärker vertieft, weniger glänzend roth und feinkörnig, nämlich wenn es auch zum grössten Theil oder ganz aus haarförmigen von Hornschicht grösstentheils entblössten Papillen gebildet wird, wie an den meisten Kreisen des Zungenrückens; etwa eingestreute pilzförmige erscheinen sodann als dickere, prominirende Köpfchen. Ich erblicke in all diesen verschiedenen Bildern nur durch den Sitz und die individuelle Zungenbeschaffenheit verschieden erscheinende, einfache Exfoliationen und finde nirgends einen genügenden Grund, eine Schwellung des Papillarkörpers anzunehmen.

Leichter als an der Zungenoberfläche lässt sich die wahre Natur des Centrums an der unteren mit gleichmässig glatter Hornschicht bedeckten Zungenfläche erkennen. Hier bleiben die Flecke wahrscheinlich durch die geschütztere Lage auch weit länger als auf der Oberfläche in ihrem ersten Stadium und stellen

bläulich weisse, schwach beetartig erhabene Flecke von Schrotkorn- bis Kirschkerngrösse dar. Hier lässt sich nun leicht ein Centrum innerhalb der Flecke erzeugen durch einfaches Abstreichen der Zunge an den unteren Zähnen, durch Abwischen mit dem Löffelrand oder einem Schwamme. Es gewährt den zierlichsten Anblick, wenn durch ein einmaliges Ueberstreichen auf diese Weise aus einer ganzen Anzahl kürzlich neu entstandener, weisser Flecke auf einen Schlag ebenso viele regelmässige, schmale, weisse Ringe mit röthlicher Mitte werden. Die Centren sind auf der Unterfläche der Zunge nie so glänzend und hellroth, sondern matter und mehr bläulichroth.

Diese Erfahrung erlaubt nebenbei den Schluss, dass die Exfoliationen überhaupt nur ganz oberflächlich in der Hornschicht sitzen, ein Punkt, in welchem die complicirter gebaute Hornschicht der Zungenoberfläche eine weniger eindeutige Anschauung gewährt. Weiter geht es aus diesem einfachen Experiment hervor, dass der Rand der ursprünglich weissen Flecke an der basalen Hornschicht inniger haftet und in sich fester ist als das Centrum und es wird wohl keinem Widerspruch begegnen, wenn ich den weissen Rand aus diesem Grunde als das Produkt einer schwächeren Epithelschwellung betrachte, wie sie im Centrum vorliegt. Der Rand zeigt den Uebergang desjenigen pathologischen Vorgangs, wie er durch das gesammte Centrum repräsentirt wird, in das Gesunde; er ist gleichsam durch ein Ueberquellen, eine Seitenwirkung jenes Processes hervorgebracht und besteht als solcher bis zum Verschwinden des Kreises. Würde hier eine eben solche Lockerung der Hornschicht eintreten, wie im Centrum des Kreises, so würde auch die Hornschicht des Randes später in derselben Weise wie im Centrum abgestossen, oder anders ausgedrückt: das Centrum würde sich peripherisch vergrössern, wie etwa ein Psoriasisfleck, dieses ist aber nicht der Fall. Wir haben deshalb in der Randpartie nur eine Epithelschwellung vor uns, welche vollkommen wieder in integrum restituirt wird. Das eben erwähnte Experiment gelingt an dem Zungenrücken schwer, weil hier überhaupt das wahre erste Stadium, die starke Epithelschwellung mit Lockerung der oberflächlichen Hornschichten fast nie zur Wahrnehmung gelangt. Die Oberfläche der Zunge ist eben fortwährenden Insulten ausgesetzt, weshalb die zarte Decke des Centrums

nur auf ganz kurze Zeit erhalten bleibt und gewöhnlich das zweite Stadium: der weisse Wall mit dem rothen Centrum von vorneherein aufzutreten scheint. Nur wenige Male ist es mir gelungen, auf der Zungenoberfläche das erste Stadium zu erhaschen und die successive Entfernung der weissen Decke, während weniger Minuten durch die normale Zungenbewegung beim Sprechen und Schlucken zu beobachten.

Caspary sagt (pag. 141): „Einmal schien es mir, als könnten gerade umschriebene Epithelanhäufungen das Primäre sein, dem centrale Losstossung und periphere Ausbreitung der Plaques ähnlich wie bei Psoriasis, Herpes tonsurans u. s. f. folgten.“ Die erste Annahme muss ich also als dem wahren Sachverhalt entsprechend hinstellen, die zweite der concentrischen Ausbreitung muss ich ablehnen.

Diese Schwierigkeit, das erste Stadium zu constatiren, findet sich aber nicht nur bei den Zungenexfoliationen, sondern bei den Exfoliationen der Hornschicht überhaupt, als deren Repräsentanten ich die Exfoliatio areata palmaris und die früher von mir beschriebene Form der Impetigo contagiosa nenne. Was bei den Zungenexfoliationen der weisse Rand ist, wird bei dieser Affection durch eine fast stets zu beobachtende leicht emporgehobene, unterminirte, gefranste Borde vertreten.

Leichter als die Entstehung der Kreise ist die auch den Patienten bekannte Thatsache festzustellen, dass die Flecke, wie sie ungemein schnell entstehen, nach stunden- oder tagelangem Bestande fast plötzlich wieder verschwinden, während zugleich an anderen Stellen ähnliche Flecke auftauchen. Niemals aber vergeht ein derartiger Fleck, indem er seinen Ort continuirlich verschiebt; ein Wandern über den Zungenrücken kommt nicht vor. Ebenfalls beobachtet man nie ein von einem Punkt ausstrahlendes, concentrisches Weiterschreiten über grössere Zungenstrecken. Die Ausbreitung findet stets sprungweise statt und da kann es auch vorkommen, dass man an der Stelle eines erbsengrossen Kreises am nächsten Tage einen zehnpfenniggrossen erblickt, ja einen ganzen Zungenquadranten mit dem bekannten weisslichen Walle umrahmt sieht. Aber selbst in diesem Falle ist der grosse Kreis nicht durch allmähliche, continuirliche Erweiterung des kleinen entstanden, sondern plötzlich an dessen Ort aufgetreten. Eine geringe, allmähliche Ver-

grösserung des rothen Centrums kommt bei Tage lang bestehenden Kreisen allerdings hin und wieder vor, jedoch verschmälert sich dann der Rand um ebensoviel als das Centrum sich erweitert; nie aber verschiebt sich Rand und Centrum gleichmässig wie bei Psoriasis, Herpes tons. etc. In diesem Verhalten liegt eine entschiedene Differenz gegenüber den bekannten Pilzaffectionen vor. Auf der anderen Seite zeigen die Flecke eine grosse Vorliebe für bestimmt abgegrenzte Zungenregionen. Wenn wir in einem einzelnen Falle die genaue Localisation einiger Kreise notiren, so werden wir in den nächsten Tagen wohl vollständige Umlagerungen derselben zu constatiren haben, aber mit einem Male kehrt das alte, wohlbekannte Bild genau an derselben Stelle zurück. In einem Falle bestand ein Fleck auf dem Rücken der linken Zungenhälfte nach Aussage der Patientin sogar seit ihrer frühesten Kindheit unverrückt an seinem Orte, indem er wohl hin und wieder undeutlich wurde, aber stets in der alten Form wieder auftauchte; sie hielt ihn sogar für den einzigen und ich musste sie auf andere kleinere und flüchtigere Kreise erst aufmerksam machen. Diese Thatsachen sprechen, denke ich, sehr zu Gunsten der Annahme, dass vorgebildete Einrichtungen in den Geweben selbst die Localität der Flecke bestimmen, wie Nervenausbreitungen, Gefässbezirke u. s. f., währénd sie sich mit einer Pilzhypothese ebenfalls schwer vereinigen lassen würden.

Aus so beschaffenen Einzeleffloreszenzen setzen sich nun die complicirtesten Bilder zusammen. Caspary betont schon mit Recht, dass die Ränder der Kreise nicht immer vollständig ausgebildet sind. Häufig umrahmen dieselben die vertieften Flecke nur an einer Seite oder nur an einer kleinen Stelle, während die andere Seite allmälig ohne scharfe Grenze sich zum übrigen Zungenniveau erhebt. Liegen nun mehrere solche einseitig berandete Kreise hintereinander, so gewinnt die ganze Zungenpartie ein treppenförmiges Aussehen. Stossen zwei solche Kreise mit den Rudimenten ihrer wallartigen Ränder aneinander, so entstehen flügel- und wellenförmige Zeichnungen. Auch kommen complicirtere Randbildungen vor, die aus lauter kleinen Kreissegmenten zusammengesetzt sind und auf eine Entstehung aus einer herpesartigen Gruppe ganz kleiner Effloreszenzen schliessen lassen (s. Caspary, Fig. I b). Ich werde im Folgenden nur immer einfach von Kreisen sprechen,

wenn auch noch so complicirte Gesammtbilder vorliegen, und wenn auch die Einzeleffloreszenz eben so oft ein ovales als ein kreisrundes Centrum besitzt.

Den zweiten Grad unserer Affection nehme ich an, wenn die Zunge beständig in ihrer ganzen Ausdehnung oder zum grössten Theile von dem Process ergriffen ist, so dass nicht sowohl ein Springen der Kreise beobachtet werden kann, als das gleichzeitige aber abwechselnde Hervortreten und Abblassen der bekannten Rand- und Mittelbilder an den verschiedenen Zungentheilen. Das Aussehen, welches solche Zungen darbieten, ist so vielgestaltig und verwirrend, dass die eben angeführten Einzelthatsachen hier noch weit schwerer festzustellen sind. Man muss den Blick erst an den leichten Fällen ersten Grades geschärft haben, um sich in diesen complicirten Bildern zurechtzufinden.

Die höchste Stufe der Ausbildung unserer Affection habe ich endlich in zwei Fällen beobachtet, in welchen nicht nur die ganze Zungenoberfläche fast fortwährend dem beschriebenen Wechsel unterlag, sondern die Abschuppung auch intensiv stärker d. h. tiefgreifender war, wodurch nicht nur eine Felderung der sonst ziemlich ebenen Zungenfläche, sondern eine Terrassirung derselben eintrat. Entsprechend dem verschiedenen Abschuppungszustande der einzelnen Felder, waren diese groben Niveauverschiedenheiten ganz unregelmässig vertheilt. Die einzelnen terrassenförmigen Absätze der Zunge fielen deshalb nicht von einer Seite zur anderen, oder von hinten nach vorne ab, sondern standen wie verschieden gemähte Felder bunt durcheinander, theils von weisslich erhabenen Randwällen begrenzt, theils ohne solche aneinanderstossend.

Fall 1. Wilhelmine B., 39 J. alt, von kräftigem Körperbau, gesunder Gesichtsfarbe. Eingezeichnet 1874, bis dahin vollkommen gesund. 1875 acquirirte sie S.[1]) und wurde im Krankenhause mit Hg[2]) behandelt. Damals war die Zungenaffection sicher noch nicht vorhanden. Dieselbe entstand nach Angabe der Patientin erst als die Menses cessirten (1877) und besteht seitdem in mässiger Ausprägung mit öfteren freien Intervallen gleichmässig fort. Seit derselben Zeit fing B. an dicker zu werden, klagt hin und wieder über Kurzluftigkeit,

[1]) = Syphilis.
[2]) = Quecksilberschmierkur.

doch nicht über Magenbeschwerden, woran sie überhaupt noch nie gelitten haben will. Die Kreise sind ziemlich gross, die übrige Zunge glatt, roth, fast stets ohne Zungenbeleg.

Fall 2. Pauline H., 23 Jahre alt. Kräftiger Körperbau, starke Anämie der Haut und Schleimhäute. Eingezeichnet seit 1875. Damals war die Patientin gesund und blühend und die Zungenaffection noch nicht vorhanden. Diese trat nach Aussage der Patientin erst in einem Wochenbett im Jahre 1879 auf, aus welchem sie gleichzeitig stark anämisch hervorging, der Arzt der Entbindungsanstalt habe die Zungenaffection zuerst beobachtet und als Mundfäule angesehen. Erst im folgenden Jahre 1880 wurde S. erworben und im Krankenhause mit Hg behandelt. Die Lues wie die Hg soll ohne Einfluss auf die Zungenaffection gewesen sein, welche seitdem im mässigen Grade fortbesteht. Die Menses sind regelmässig. Keine Magenbeschwerden, Verdauung trotz der Anämie nie gestört. H. leidet dagegen sehr häufig an Blennorrhöe der Urethra und des Uterus. Diese Patientin war die erste, welche mir ohne besondere Nachfrage mit der grössten Bestimmtheit angab, dass sie einen Zusammenhang des Zungenleidens mit den Menses gefunden habe, derart, dass stets vor Beginn der Regel neue Flecke auftreten, die mit Beginn derselben von selbst wieder verschwinden. Ich mass dieser Aussage wenig Glauben bei, da die Puellen zunächst aus Furcht vor dem Krankenhause, schliesslich aus Gewohnheit, dem Eintritt der Menses möglichst Alles in die Schuhe schieben. Ich war daher nicht wenig erstaunt, die Angabe der Patientin bei dem Eintritt der nächsten Regel wirklich bestätigt zu finden. Die Affection selbst stellt den ersten Grad dar, war öfters ganz verschwunden. Die übrige Zunge ist sehr glatt, stark anämisch (graublau) und zeigte gewöhnlich einen feinen weissen Beleg. Als subjectives Symptom gab H. an, dass der Geschmack im Munde oft schlecht sei, und dass die frischen Stellen beim Essen scharfer und heisser Speisen weh thäten.

Fall 3. Amanda A., 28 Jahre alt, mittelgross, gracil gebaut, ziemlich blass, Schleimhäute gesund gefärbt. Eingezeichnet 1873, entbunden 1879, acquirirte bald darauf S. und wurde einer Hg unterzogen. Die Menses waren immer regelmässig; Patientin sonst stets gesund, besonders nie magenleidend, nur dass stets eine gewisse Appetitlosigkeit bestand. Seit der frühesten Kindheit war die Zunge am ganzen Rande tief zerklüftet. Die Einschnitte entsprechen nicht genau den Zähnen (ähnlich wie Fig. 2 bei Caspary); dieselben gleichen sich

bei der Zungenbewegung nicht aus. Ausser dieser Abnormität besteht nur eine leichte, beständig den Ort wechselnde kreisförmige Exfoliation. Die Flecke nehmen fast stets die Randpartien ein. Die Zunge ist sonst nahe dem Rande gewöhnlich roth und körnig, in der Mitte weisslich belegt. Patientin weiss nicht anzugeben, ob die letztere Affection seit ihrer Kindheit bestand; jedenfalls ist sie aber schon viele Jahre vorhanden und nicht erst seit der Schmierkur aufgetreten. Einen Einfluss der Menses auf dieselbe hat sie nicht beobachtet.

Fall 4. Selma N., 26 J. alt, von grosser Statur, sehr anämisch und ziemlich mager. Eingezeichnet 1870; im Jahre 1877 Hg. Auf diese Kur führt Patientin ihre jedenfalls seitdem bestehende Zungenaffection zurück. Die Zunge ist an beiden Rändern ähnlich wie im vorigen Falle, aber in viel schwächerer Weise zerklüftet. Sie ist ausserdem stets etwas weiss belegt, besonders auf dem hinteren Theil des Zungenrückens. Nahe der Spitze und am ganzen Rande findet immerwährende Kreisbildung statt. Die Kreise sind stets unvollständig, häufig sind nur kleine Randsegmente vorhanden. Der Geschmack im Munde ist nicht schlecht; Appetit und Verdauung stets in Ordnung. Die Menses waren früher regelmässig, in letzter Zeit etwas unregelmässig; einen Einfluss derselben auf die Zungenaffection weiss N. nicht anzugeben. Zweiter Grad der Affection.

Fall 5. Elise S., 35 Jahre alt. Zart gebaut, anämisch und schwanger, seit ihrer Kindheit stets etwas schwächlich. Die Menses traten erst mit dem 22. Jahre auf und waren nicht immer regelmässig. Der Magen war stets gesund. S. wurde 1875 eingezeichnet, 1876 mit der seit ihrer Kindheit bestehenden Zungenaffection als der Syphilis verdächtig ins Krankenhaus geschickt, hier machte sie 8 Hg. Einreibungen ohne Erfolg für die Zunge durch, worauf sie entlassen wurde. Sie hat auch später keine S. acquirirt. Patientin glaubt mit Sicherheit an einen Einfluss der Menses auf die Affection; nach ihrer Behauptung treten gewöhnlich 8 Tage vor Beginn der Regel Flecke in vermehrter Anzahl auf, um mit dem Eintritte derselben wieder grösstentheils zu schwinden. Auch in diesem Falle hat sich die Selbstbeobachtung der Patientin als richtig erwiesen. Die Flecke zeichnen sich durch Grösse und Regelmässigkeit aus; es sind immer nur wenige vorhanden. Grad I.

Fall 6. Pauline M., 27 J., sehr gross, schlank gebaut, nicht anämisch. Seit ihrer Kindheit leidet sie an zeitweiser Verstopfung,

Appetitlosigkeit und Sodbrennen. Vor 7 Jahren wurde sie eingezeichnet. Seitdem sind die Magenbeschwerden etwas gebessert, aber noch immer ist Patientin auf eine leichte Kost angewiesen. Nach ihrer Einzeichnung wurde auch die Zungenaffection bemerkt; ob sie früher vorhanden gewesen, weiss M. nicht. Der damalige Untersuchungsarzt rieth ihr, einige schlechte, anscheinend die Affection verursachende Zähne fortnehmen zu lassen; es geschah, ohne jeden Erfolg für die Affection der Zunge. (Dagegen trat nach längerem Gebrauch eines von mir verordneten Mundwassers von Aq. sulfuros., Aq. menth. aa eine 4 Monate anhaltende Besserung auf.) Ausserdem glaubt Pat. an einen verschlimmernden Einfluss der Regel, den ich in diesem Falle nicht bestätigen konnte; beim Eintritte derselben soll Morgens stets zugleich ein schlechter Geschmack im Munde auftreten. Die Zunge ist für gewöhnlich in der Mitte belegt und die Exfoliationen sind durchaus nicht immer als solche deutlich zu erkennen. Oft scheint es, als ob es sich um eine nur unregelmässig belegte Zunge handele, bis kleine scharf umrandete Ausschälungen die Diagnose mit Sicherheit stellen lassen. Grad I.

Fall 7. Amanda K., 19 Jahre alt, kleine Statur, sehr anämisch, hat mit 9 Jahren die Blattern überstanden, wovon zahlreiche Narben restiren. Nie Magenbeschwerden; Menses regelmässig. Kennt keinen Einfluss auf die Zungenaffection, welche mit Sicherheit schon im 14. oder 15. Jahre vorhanden war. Die Zunge zeigt den höchsten Grad der kreisförmigen Exfoliation; ist stets an den exfoliirten Partien stark geröthet und sehr rauh (tiefgehende Exfoliation), im Ganzen ist sie unregelmässig terrassirt und in beständig nach Segmenten wechselnder Abschuppung begriffen. — Erst 1878 acquirirte sie S. Grad III.

Fall 8. Auguste N., 22 Jahre, mittelgross, gesund aussehend; etwas blasse Gesichtsfarbe. Eingezeichnet seit 5 Jahren, seitdem wurde die Zungenaffection bemerkt, soll aber schon früher dagewesen sein. Leidet nie an Störungen von Seiten des Magens; Menses regelmässig. Hat nie an S. gelitten, kein Hg gebraucht. Einfluss der Menses unbekannt. Grad I.

Fall 9. Charlotte P., 22 Jahre alt. Gross, ziemlich corpulent, von jeher etwas anämisch. Seit ihrer Kindheit litt sie beständig an Magenschmerzen und an der Zungenaffection, welche in Form eines nach dem Zungenrande zu offenen Kreises auf der linken vorderen Hälfte des Zungenrückens ihren Platz hat und nie ihren Ort verändern

soll. Zwar sei sie häufig wenig sichtbar, trete dann aber wieder scharf hervor. Letzteres konnte ich bestätigen und dieser Wechsel schien mir durch den angrenzenden bald schwachen, bald stärkeren allgemeinen Zungenbeleg hervorgerufen. Menses waren stets regelmässig, einen Zusammenhang mit der Zungenaffection hat Pat. nicht bemerkt. Auf der Zungenspitze treten hin und wieder einige kleinere, rasch vergängliche Kreise auf. Erst 1878 wurde Pat. luetisch. Grad I.

Fall 10. Sophie H., 23 Jahre alt, klein, untersetzt gebaut, von gesunder Gesichtsfarbe. Seit 8 Jahren eingezeichnet. Seitdem wurde die Zungenaffection bemerkt, welche jedoch nur an den Rändern auftrat und nach Aussage von H. immer den Zähnen genau entsprach. Da sie weiter häufig an Magenschmerzen und Verdauungsstörungen leidet und die Zunge bei ihr ausserdem normaler Weise einen ziemlich starken Beleg zeigt, so war ich zuerst nicht sehr geneigt, die allerdings kreisförmigen, ziemlich scharf begrenzten Exfoliationen als zu unserer Kategorie gehörig zu betrachten. Ich hielt sie vielmehr für die gewöhnlichen Zahnabdrücke bei geschwellter Zungenschleimhaut, bis ich hin und wieder bemerkte, dass die Kreise doch nicht immer genau den Zähnen entsprachen und besonders sich weiter als unter diesen Umständen auf den Zungenrücken erstreckten. Dieser Fall ist also doch wohl hieher zu rechnen. Vor 5 Jahren acquirirte Patientin S. und unterlag einer Hg, wobei keine Veränderung der Zungenaffection eintrat. H. glaubt übrigens an einen befördernden Einfluss von Verdauungsstörungen, dagegen nicht der unregelmässig eintretenden Menses.

Fall 11. J. T., 22 Jahre alt; behauptet bestimmt nach Aussage ihrer Angehörigen die Affection schon als 2jähriges Kind gehabt zu haben. Mittelgross, untersetzt gebaut, nicht anämisch. Menses seit dem 14. Jahre regelmässig, 4wöchentlich. Magen und Verdauung stets in Ordnung. Seit dem 17. Jahre eingezeichnet. T. behauptet, nie syphilitisch gewesen zu sein. In Prag habe sie freilich wegen Heiserkeit, jedoch ohne Erfolg ung. ciner. eingerieben. Augenblicklich sind keine Spuren von S. nachweisbar, wie auch in den zwei Jahren ihres hamburger Aufenthaltes keine Symptome von S. aufgetreten sind. Die Affection nimmt beständig die Zunge in ihrer ganzen Ausdehnung ein, sie ist vom II. Grade. Verordnung: Mundwasser von Aq. sulfuros. Aq. Menth. pip. aa 100,0, Aq. rosar. 50,0 dreimal täglich zu gebrauchen. Schon nach einer Woche war die Affection kaum spurweise vorhanden, nach Angabe der Patientin zum ersten Mal in ihrem Le-

ben. Einen Einfluss der Menses glaubt sie darin zu finden, dass die Zunge vor der Regel immer am buntesten aussehe.

Diesen 11 Fällen kann ich nur einen aus der Privatpraxis anreihen:

Frau S., 33 Jahre alt, zart und schlank gebaut, im höchsten Grade nervös, bis auf einen augenblicklich vorhandenen Lichen ruber sonst gesund. Als Kind war sie sehr anämisch, schwächlich, litt lange an Magenschmerzen, die sich fast nach jedem Essen, auch der leichtesten Speisen einstellte und von denen sie vor 10 Jahren durch den ein Jahr lang fortgesetzten Gebrauch der Didier'schen Senfkörner vollkommen befreit wurde. Jetzt ist die Verdauung vortrefflich. Der Magen stets in Ordnung. Die Menses begannen bereits im 13. Jahre, waren sehr unregelmässig, kamen spärlich, gewöhnlich 3 Tage lang, in Intervallen von 5, 6 ja 7 Wochen. Stets gingen der Blutung erhebliche Schmerzen vorher. Nachdem sie 1873 sich verheirathet und 1874 geboren hatte, traten die Menses regelmässiger auf, 4—5wöchentlich, ohne Schmerzen, aber immer noch sehr spärlich. Zugleich verlor sich auch die früher vorhandene Anämie. Die Zunge zeigte schon in früher Kindheit die jetzt bestehenden und stets wechselnden, kreisförmigen Exfoliationen. Dieselben occupiren gewöhnlich nur den vorderen Theil der Ränder und die Spitze der Zunge. Auch hier konnte ich einen Einfluss der Regel, der, in einer rasch vorübergehenden Besserung derselben besteht, constatiren.

Die Eigenart des soeben kurz vorgeführten Materials bringt es mit sich, dass gewisse Fragen leichter durch dasselbe zu beantworten sind als durch irgend ein aus anderer Quelle stammendes, vor Allem die Fragen, ob die Zungenaffection irgend einen Zusammenhang mit Syphilis, mit mercurieller Stomatitis und mit dem Vorgange der Menstruation habe. Gerade die erste ist in der Privatpraxis nicht stets ohne Schwierigkeit, oft gar nicht zu erörtern, geschweige mit einer, ich möchte sagen: officiellen Sicherheit zu beantworten. Was die Menstruation betrifft, so wird man in der Privatpraxis allerdings den Zusammenhang eben so sicher erforschen können, aber kaum eigene Beobachtungen der Patientinnen darüber antreffen, da die wenigsten gewohnheitsmässig das Aussehen ihrer Zunge einer Controle unterwerfen, wie das bei jenen Puellen geschieht, die sich gewisser Abnormitäten an der Zunge

bewusst sind. Die wöchentlich zweimalige, stets mit Zungeninspection verbundene Untersuchung dieser Individuen gibt allen Angaben über das erste Erscheinen der Affection während ihrer Controlezeit eine grössere Sicherheit, als sie die die Anamnese auch der intelligentesten sonstigen Kranken gewähren könnte. Ich habe aus diesem Grunde auch in jedem Falle das Datum der Einzeichnung, resp. des Beginnes der ärztlichen Controle besonders notiren zu müssen geglaubt. Auf der anderen Seite ist nicht zu läugnen, dass die ebenso wichtigen Fragen über das Vorhandensein der Affection in der Kindheit und über ihren etwaigen Zusammenhang mit Magenaffectionen sich an diesem Material mit geringerer Genauigkeit beantworten lassen, als es in der Privatpraxis möglich ist.

Es ergibt sich nun mit aller Bestimmtheit, wie es auch Caspary aus seinen Fällen schliessen zu können glaubt, dass die kreisfleckige Exfoliation mit Syphilis in gar keinem Zusammenhang steht.

In fünf Fällen war überhaupt keine Syphilis vorhanden oder überstanden (5, 6, 8, 11, 12), in fünf Fällen war die Exfoliation bereits lange vorhanden, ehe Syphilis acquirirt wurde (2, 3, 7, 9, 10) und in einem Falle trat dieselbe allerdings zwei Jahre nach der Ansteckung auf (1), aber ohne von anderen secundären oder tertiären Erscheinungen begleitet zu sein und blieb dann Jahre lang in derselben Weise bestehen, was sonst Spätererscheinungen der Syphilis nicht zu thun pflegen [1]). Nur ein Fall (4) bleibt fraglich, gibt aber zur weiteren Fragestellung Anlass, ob die Mercurialisation unsere Affection herbeiführen könne. Die Betreffende behauptete mit sehr grosser Bestimmtheit, dass die Zungenaffection früher nicht bemerkt, und erst während der Schmierkur aufgetreten sei und schob alle Schuld auf die letztere. Andere Deutungen dieser Thatsache liegen aber nahe. Zunächst kann sich die Affection wirklich im Anschluss an eine mercurielle Stomatitis gebildet haben, ohne dass die letztere für die erstere direct verantwortlich gemacht werden müsste. Andererseits könnte man

[1]) Ausgenommen die Pigmentsyphilide; diese sind aber im Gegensatze zu unserer wechselnden Affection dauerhaft und unveränderlich, gleich einer Narbe.

an das Zusammentreffen von der S. und Hg denken. Diese Erklärungen werden aber hinfällig, wenn man in Betracht zieht, dass in 6 unter den 12 Fällen (2, 3, 5, 7, 9, 10) S. acquirirt und mittelst Hg behandelt wurde, ohne dass die längst bekannte Zungenaffection die mindeste Veränderung, besonders die geringste Verstärkung erfuhr. Wenn deshalb nicht schon der ganze klinische und anatomische Charakter die Vermuthung: S. oder Hg von der Hand zu weisen nöthigte, so würde es das Gros der angeführten Daten thun, zumal auch der immerhin discutable, letztangeführte Fall 4 einer, wie mich dünkt, viel besseren Deutung fähig ist.

Es unterliegt nämlich keinem Zweifel, das unter denjenigen Factoren, welche eine Disposition zu unserer Zungenaffection begründen, die Anämie voransteht (2, 4, 5, 7, 9, 12), nämlich in der Hälfte der Fälle. Theils war dieselbe schon als Kind vorhanden (7, 9, 12) und mit allgemeiner Schwächlichkeit gepaart (5, 12), theils war sie später erworben durch das Wochenbett (2), durch die S. und Hg in einem anderen Falle (4). Es liegt mithin sehr nahe, die Zungenaffection gerade in diesem letzteren Falle nur als Theilerscheinung der erworbenen Blutarmuth zu betrachten und die S. allgemein nur dann als begünstigenden Factor zuzulassen, wenn sie eine erhebliche und bleibende Anämie zu Wege bringt.

Weit zurückhaltender muss ich mich über einen anderen Factor äussern, nämlich die Magenaffectionen als Ursache der Zungenexfoliation. In einem Falle (9) in welchem ausserdem noch von Kindheit an, eine erhebliche Anämie vorhanden war, sass die eigenthümlich permanente Exfoliation auf einer Stelle, welche sie vor Verwechslungen mit Zahnabdrücken schützte. Aber in den drei anderen Fällen (6, 10, 12) war die Entscheidung erst nach wiederholter Untersuchung und in Folge einzelner Befunde möglich. Dass der Zahnreiz nicht allein die Ursache abgab, wurde im Fall 6 experimentell bewiesen, da nach dem Ausziehen der Zähne die Affection in statu quo verharrte. Trotzdem bin ich geneigt, die Zähne hin und wieder als Gelegenheitsursache zuzulassen, aber nur in dem Sinne, wie sie etwa für vorhandene Geschwüre bisweilen einen Reiz abgaben, welcher deren Heilung verhindert. Während die den Magenkatarrh bei gewissen Personen constant begleitenden Zahnabdrücke nur ein Zeichen allgemein vorhandener

und nur durch die Zähne örtlich gehinderter Schleimhautschwellung sind, zeichnen sich aber einige Individuen dadurch aus, dass die durch berührende Zahnkanten auf der geschwellten Zunge hervorgerufenen Reize über die Berührungsstelle hinaus irradiiren und mehr oder weniger den Zähnen entsprechende, aber sich nicht vollständig deren Form anschliessende Exfoliationen veranlassen. So erklärte sich mir im Fall 10 die Angabe, dass die letzteren bei jedem verdorbenen Magen aufträten, am leichtesten durch die dann als Reizmittelpunkte zur Geltung gelangenden Zahnkanten.

So viel über die Zähne als Gelegenheitsursache des Zungenübels bei Erwachsenen. Ich habe einen solchen nur in Zusammenhang mit stark belegter Zunge und dyspeptischen Beschwerden wahrnehmen können, wie in den Fällen einfacher Anämie. Weiter unten dagegen werden wir noch einen Einfluss der Zähne auf das Zungenepithel zu besprechen haben, welchen diese im Säuglingsalter bei ihrem ersten Durchbruch, ebenfalls in irradiirender Weise, auszuüben vermögen.

Wir haben nun in der frühzeitig oder später erworbenen Anämie einen mit Sicherheit, in chronischen und häufig recidivirendem acuten Magenkatarrh einen wahrscheinlich disponirenden Factor für unsere Affection gefunden und in den Zahnkanten, besonders den scharfen Kanten cariöser Zähne eine stets zu beachtende, wenn auch schwierig zu beurtheilende Gelegenheitsursache wahrgenommen. Ich wende mich nun zu derjenigen Gelegenheitsursache, welche sowohl an und für sich, als weil sie einer besonders leichten und scharfen Beobachtung zugängig ist, das meiste Interesse in Anspruch nimmt: zu dem Einflusse der Menstruation. Sicher ist, dass das Vorhandensein der Regel nicht nothwendig ist zum Zustandekommen der Zungenaffection. Dies wird besonders bewiesen durch Fall 1, in welchem letztere überhaupt erst mit der Menopause zugleich auftrat. Dagegen war mit voller Sicherheit in 4 Fällen (2, 5, 11, 12), wahrscheinlich noch in einem 5. Falle (6) ein Einfluss eigenthümlicher Art unverkennbar. Stets ging eine Exacerbation des Zungenübels dem Eintritt der Regel unmittelbar voraus. Mit dem Eintritt der Blutung liess sich dann das eine Mal sogleich, das andere Mal langsamer eine Abschwächung der Zungenaffection, ein Ver-

schwinden mehrerer Kreise constatiren. Diese Veränderungen waren auffallend genug, um die Aufmerksamkeit der Patientinnen selbst auf sich zu ziehen. Dabei waren in keinem einzigen Falle erhebliche molimina menstrualia vorhanden. Es ist mir deshalb überhaupt zweifelhaft, ob es die Menstruation selbst oder etwa eine eben vorausgehende Ovulation ist, welche in diesen Fällen den verursachenden Reiz auslöst. Beim Mangel eingehender Erfahrung auf diesem Gebiete kann ich jedoch nur den Gynäkologen diese Thatsache zur weiteren Verfolgung notificiren.

Ich habe endlich noch einen ätiologisch wichtigen Punkt zu berühren, in welchem mein Hauptmaterial mir nur wenig Auskunft zu geben im Stande war, nämlich die Frage nach dem Beginn der Affection in jenen Fällen, die schon im Kindesalter vorhanden gewesen sein sollen oder wenigstens sicher nicht erst unter der ärztlichen Controle entstanden. In zwei Fällen (5, 11) wurde mit Bestimmtheit der Anfang in die früheste Kindheit verlegt. Ob es sich aber um eine angeborene oder frühzeitig erworbene Anomalie handle, ob erbliche Verhältnisse vorlägen, konnte ich nirgends erfahren.

Unter den Caspary'schen 6 Fällen waren 4 Kinder von resp. 1, 2, 6, 8 Jahren und was bedeutsam genug ist zwei Geschwisterpaare. Es ist also hiernach wahrscheinlich, dass viele Fälle bis in das erste Lebensjahr zurück zu datiren sind, und dass Erblichkeit allerdings eine Rolle in dieser Affection spielt.

Ich hatte nun in der allerletzten Zeit Gelegenheit, dieselbe Affection bei zwei Kindern im ersten Lebensjahre zu beobachten, und kann, besonders, da das eine mein eigenes Kind betrifft, mit aussergewöhnlicher Sicherheit gerade über den Beginn des Leidens berichten.

Bei meinem Kinde, einem übrigens vollkommen gesunden, nicht anämischen Knaben, begann die Affection erst im Anfange des 11. Monats. Erbliche Verhältnisse liegen nicht vor. Vier Wochen lang waren kleinere und grössere Kreise meist am Rande, aber auch auf dem Zungenrücken zu beobachten, die mit ausserordentlicher Geschwindigkeit, oft mehrmals am Tage, neu auftauchten und wieder verschwanden. Dabei war das Kind munter und wohl, im Besonderen keinerlei Verdauungsstörungen vorhanden. In der zweiten Hälfte des Monats stellten sich jedoch Zahnbeschwerden

ein — bis dahin war noch kein Zahn durchgebrochen — das Kind wurde unruhig, speichelte mehr und litt augenscheinlich an Schmerzen in der Gegend der durchbrechenden Zähne. Am ersten Januar brach dann endlich der erste, linke, untere Schneidezahn durch und zugleich war die Zunge seit Wochen zum ersten Male ganz rein und blieb es einige Zeit, bis sie noch vor dem gemeinsamen Durchbruch des zweiten und dritten Zahnes sich wieder mit wechselnden Exfoliationen bedeckte. Nach dem erfolgten Durchbruche dieser ging jedoch das immer wechselnde Spiel der Kreise ruhig fort, während zugleich der vierte Schneidezahn sich zum Durchbruch rüstete. Als auch dieser erschienen, blieb die Zungenaffection weiter bestehen, hin und wieder abgeschwächt, jedoch nie vollkommen pausirend, während übrigens das Kind auch nie ganz frei von Dentitionsbeschwerden war.

Während dieser Beobachtung wurde ich im Januar dieses Jahres zu einem Kinde gerufen, welches nach der Meinung der Eltern, die sich auf die Aussage eines früher behandelnden Collegen stützten, mit Mundfäule behaftet und erfolglos behandelt war. Das Kind war fünf Monate alt, gut genährt, jedoch etwas anämisch und stand noch vor dem Durchbruche des ersten Zahnes. Auch dieses Kind soll in den ersten Monaten eine vollkommen reine Zunge besessen haben. Sie war jetzt fast in ihrer ganzen Ausdehnung mit kleinen, kreisförmigen Exfoliationen bedeckt. Ich konnte den Eltern einen wahrscheinlichen Nachlass mit dem Durchbruch des ersten Zahnes voraussagen, der denn auch richtig bald darauf eintrat. Kurze Zeit darauf begann das Spiel der Kreise auf der Zunge vom Neuen in bald schwächerem, bald stärkerem Grade. Als ich vor einiger Zeit das Kind wieder sah, war die Zunge schlimmer als je, was im Zusammenhange mit anderen Dentitionsbeschwerden einen neuen Zahndurchbruch vermuthen liess. Richtig konnte ich (im Ganzen zum dritten Male) nach dem Hervorbrechen eines zweiten Schneidezahnes einige Tage später das fast völlige Verschwinden der Zungenexfoliationen constatiren, welches noch längere Zeit anhielt.

Hiermit ist die Thatsache zweifellos sichergestellt, dass beim Säugling die kreisfleckige Exfoliation in ganz derselben Gestalt wie beim Erwachsenen, und zwar hier im Zusammenhange mit der Dentition zu finden ist. Es wird dadurch ein Angeboren-

sein der Affection ziemlich zweifelhaft, besonders da gleich nach der Geburt die Zunge im Allgemeinen häufig der ärztlichen Inspection unterliegt und ich von congenitalen Fällen dieser Art bisher nirgends eine Andeutung gefunden. Die Erblichkeit ist ja dagegen durch die Beobachtungen Caspary's sichergestellt, und ich kann in dieser Richtung mittheilen, dass nach Aussage der Frau S. (Fall 12) ihr Kind an derselben Affection leidet, welche nicht bei der Geburt, sondern auch im ersten Jahre, also wahrscheinlich im Zusammenhange mit der Dentition aufgetreten ist.

Werfen wir nach Gewinnung dieser ätiologischen Gesichtspunkte einen Rückblick auf das vorher entworfene klinische und anatomische Bild der Zungenaffection, so ergibt sich in gewissen Richtungen eine bemerkenswerthe Uebereinstimmung. Wenn der proteusartige, springende Charakter der Elementarefflorescenzen, wenn die Bevorzugung gewisser Oertlichkeiten ohne die gleichzeitige Fähigkeit, an diesen als Centren zu verharren und peripherisch weiterzuschreiten, eben so sicher eine Pilzaffection ausschliessen lässt, wie eine neuropathische Entstehung wahrscheinlich macht, so sehen wir hier wirklich diejenigen Momente ätiologisch in den Vordergrund treten, denen wir einen bedeutenden Einfluss auf die Entstehung von Neurosen, sei es auf dem Wege allgemeiner Prädisposition oder eines speciellen Reflexmechanismus zuzuschreiben gewohnt sind: die Anämie, Menstruation und Dentition. Wenn wir dort die Affection in anatomischem Sinne als eine äusserst oberflächliche, umschriebene Epithelschwellung mit centraler Abhebung der äussersten Hornzellenlagen ohne jede eigentliche Cutisveränderung (Anomalien der Gefässfüllung abgerechnet) definiren mussten, so sehen wir hier, dass sich klinisch diejenige Affection, welche nie ohne krankhafte, wenn auch minimale Depositа, in der Cutis auftritt, die Syphilis, vollständig ausschliessen lässt.

Man könnte daher geneigt sein, in der Exfoliatio areata linguae wie in der Area Celsi etwa eine Trophoneurose im eigentlichsten Sinn des Wortes anzunehmen; ich sage: im eigentlichsten Wortsinne, da hier wie sonst in wenig Fällen (so z. B. nicht einmal beim Zoster) die beiden Forderungen zu ihrem Rechte kommen, dass einerseits nervöse Mechanismen augenscheinlich die ganze Affection in ihrem örtlichen und zeitlichen Verlaufe beherr-

schen, und dass andererseits die localen Veränderungen sich in dem Rahmen einer einfachen Ernährungstörung halten, also nicht etwa ebensogut zu den Entzündungen und Wachsthumsanomalien gestellt werden können. Ich würde diese Auffassung auch unbedingt acceptiren, wenn ich mich hätte bisher überzeugen lassen können, dass die Annahme rein trophischer Nerven physiologisch oder pathologisch unumgänglich nöthig sei. Durch die Exfoliatio areata wird sie aber gewiss nicht nöthig, und wenn man heute schon eine Hypothese über den näheren neuropathischen Mechanismus aufzustellen wünscht, welcher derselben zu Grunde liegt, so kommt man nach meiner Meinung gerade hier mit Inanspruchnahme der gewöhnlichen und bekannten Vasomotoren aus, in welchen ein rasch hereinbrechender Reiz einen ebenfalls rasch wieder nachlassenden arteriellen Spasmus mit gesteigerter Transsudation auslösen könnte, genügend, um eine acute Epithelschwellung mit nachträglichem Abschieben der Hornschicht herbeizuführen.

Wichtiger jedoch als eine vorläufige Hypothese ist die Stellung im Systeme, und wenn wir der neuesten Nomenclatur von Auspitz folgen, so kann unsere Zungenaffection wohl nur ihren Platz unter den „neuritischen Dermatosen mit acyklischem Verlaufe“ (Auspitz, System III, 2) finden. Sie würde hier etwa dem „Erythanthema neuriticum mit vesiculöser und bullöser Form“ als eine keratolytische Form anzureihen sein; denn auf dieselbe passt der Name der Keratolyse meiner Ueberzeugung nach besser, als auf die Pityriasis alba und rubra.

Ich gebe hiernach die Definition unserer Zungenaffection wie folgt:

Die Exfoliatio areata linguae ist eine auf die Zunge beschränkte, gutartige, in umschriebenen kreisförmigen, zu landkartenartigen Zeichnungen zusammenfliessenden Herden auftretende, durch nervöse Reize unterhaltene und in ihrem Ablaufe direct bestimmte, aus acuten Schüben zusammengesetzte, jedoch im Ganzen höchst chronisch verlaufende, fast schmerzlose Epithelialerkrankung der Zunge, die ihren Sitz ganz oberflächlich innerhalb der Hornschicht hat und die Schleimhaut selbst nie in Mitleidenschaft zieht.

Hiermit scheint sie mir genügend von anderen gutartigen Erkrankungen der Zungenoberfläche unterschieden, von denen ich einige mir bekannte, mit kurzen Worten differentialdiagnostisch erwähnen will:

1. Aphthen unterscheiden sich hauptsächlich durch die viel tieferen Substanzverluste und dadurch hervorgerufene, weit grössere Schmerzhaftigkeit, die unregelmässige Form derselben, das Befallensein der übrigen Mundschleimhaut, besonders des Gaumens, den acuten oder subacuten Verlauf.

2. Sog. katarrhalische Geschwüre kommen freilich hin und wieder in der Form kreisrunder, erbsengrosser, seichter Erosionen vor, die durch ihr springendes Auftreten, ihre Spontanheilung an einer und ihr Wiedererscheinen an anderer Stelle in gewisser Hinsicht an die Exf. areata erinnern. Sie sind jedoch gewöhnlich sehr schmerzhaft, reichen bis in die Stachelschicht, welche als weisse, geronnene Masse (sog. speckiger Grund) den ausgehöhlten Grund bedeckt, sind von keinem Walle aussen begrenzt und fliessen nie zu landkartenförmigen Zeichnungen zusammen.

3. Die Leukoplakie (Schwimmer) ist in jeder Richtung am weitesten von der Exf. areata unterschieden: durch das Verharren an der einmal ergriffenen Stelle, an welcher die Schleimhaut von vorneherein mitafficirt ist und die Epithelveränderung nicht eine Keratolyse, sondern eine Parakeratose darstellt, indem sie keine Kreise sondern Striche und Flächen ergreift, keine Umwallung derselben besitzt und nicht auf die Zunge beschränkt ist, sondern ebenso häufig die Lippen- und Wangenschleimhaut befällt. Selbst in dem ersten erythematösen Stadium der Leukoplakie ist eine Verwechslung absolut unmöglich, wenn man auf den Mangel der Kreisform und des aufgeworfenen Randes achtet. Ich kann hinzusetzen, dass auch die gegen die Exf. areata erfolgreiche Therapie sich in vier Fällen von Leukoplakie, welche ich beobachtete, als nutzlos erwies.

4. Eine wirkliche Schwierigkeit wird nur hin und wieder bestehen, wenn es gilt, unsere Affection von unregelmässig auftretenden Exfoliationen der Zungenschleimhaut zu unterscheiden, wie sie mir öfter aufgestossen sind und sich gewiss bei grösserer Aufmerkamkeit gar nicht so selten zeigen werden. Man

findet dann gewöhnlich grössere, unregelmässig begrenzte Abschnitte der Zungenoberfläche, ganze Quadranten von den äussersten Hornschichten entblösst, röther, bisweilen auch empfindlicher. Diese Exfoliationen bestehen meist nur vorübergehend, um bald wieder der Norm zu weichen, kehren nicht an Ort und Stelle wieder, vergrössern oder verkleinern sich im Laufe einiger Tage nach verschiedener Richtung, genug, zeigen sehr bald durch den Verlauf, dass sie nur einem unregelmässigen Abschilferungsprocess der ganzen Zunge ihr Dasein verdanken, wie sie denn auch meist am Schlusse leichter Verdauungsstörungen angetroffen werden. Bei einmaliger Untersuchung schützt vor einer Verwechslung der Mangel an regelmässiger Kreisform und an der typischen Umwallung; die Exf. areata nimmt ausserdem nur selten so grosse Strecken der Zungenoberfläche continuirlich ein und zeigt eine Vorliebe für den Zungenrand, während jene unregelmässigen Abschilferungen öfters auf den Zungenrücken localisirt sind. Endlich ist bei unserer Krankheit der Patient meist von seinem Leiden durch Selbstbeobachtung unterrichtet und im Uebrigen entscheiden die nächsten Tage diese Frage sicher.

Diese nicht seltenen atypischen Exfoliationen weisen jedoch im Vereine mit unserer typischen Erkrankung darauf hin, dass das Zungenepithel überhaupt eine Vorliebe zu derartigen, oberflächlichen Erkrankungen besitzt, welche wir an anderen Schleimhautstellen nicht antreffen, eine Vorliebe, welche an der äusseren Haut nur noch die dicke Hornschicht der Hohlhand theilt. Beide Localitäten sind mit Nerven und Nervenendapparaten reichlich versehen, im hohen Grade Sinnesorgane und beide zeichnen sich durch eine mächtige Hornschicht aus. Diese Uebereinstimmung ist wohl keine zufällige. Die dicke Hornschicht erklärt ihrerseits den Umstand, dass wir nur an diesen beiden Oertlichkeiten solche Affectionen antreffen, denn der flüchtige Charakter der letzteren ermöglicht wohl noch einen wahrnehmbaren Effect in der Ernährung eines dicken Epithellagers, während es bei zarterer Oberhaut keinen Eindruck hinterlässt; es könnten mit anderen Worten, ähnliche typische Ernährungsstörungen überall auf der Haut und Schleimhaut Platz greifen, ohne so sinnfällige Aeusserungen hervorzurufen, dass wir ihr Vorhandensein überhaupt bemerken. Andererseits liegt es auf der Hand, dass eine notorisch durch ner-

vösen Reflex zu Stande kommende Ernährungsstörung sich an nervenreichen Punkten eher etabliren wird als an anderen.

Ehe ich mich schliesslich zu der von mir eingeschlagenen Therapie wende, sei mir noch eine kurze Bemerkung über die Häufigkeit der Affection gestattet, da auch hier die Art meines Materials eher wie ein anderes bindende Schlüsse erlaubt. Die ersten 11 Fälle — und nur diese sind für eine Statistik brauchbar — sind aus zwei Bezirken zu etwa je 250 Köpfe genommen, mithin aus 500 beliebig aus aller Herren Länder zusammengewürfelten Personen hervorgegangen. Dieses gäbe eine sehr genaue Bestimmung, wenn nicht ein fortwährender, wenn auch nur unbedeutender Personenwechsel zwischen den verschiedenen Bezirken vorkäme. Die Zahl 11 ist deshalb etwas zu hoch gegriffen und ich glaube die Kopfzahl 500 auf 600—650 erhöhen zu müssen, um diese Fluctuation wieder auszugleichen. Jedenfalls haben wir demnach $1^1/_2$ bis 2 % als denjenigen Procentsatz anzunehmen, in welchem wir unsere Zungenaffection bei genauer Inspection aller Zungen von weiblichen Personen des reifen Alters zu erwarten haben. Der Umstand, dass alle meine Fälle bis auf die im Säuglingsalter weibliche Individuen betreffen, erklärt sich zur Genüge durch die Art des Materials und erlaubt keinen Schluss auf eine grössere Häufigkeit unter dem in specie nervösen Geschlecht. Nachforschungen in Kasernen dürften diese Frage bald zur Entscheidung bringen.

In der Therapie habe ich günstigere Erfahrungen gemacht wie Caspary, welcher nur negative Resultate verzeichnet. Ich ging von vorneherein von einer Idee aus, welche mich bereits seit Jahren zu einer erfolgreichen Behandlung aller Abschuppungsanomalien geführt hat. Ich behandle diese nämlich nur mit austrocknenden Mitteln, insbesondere mit Schwefel. Man erreicht dadurch allerdings nicht sofort eine gleichmässige Ueberhäutung der minder mit Hornschicht bekleideten, dagegen eine raschere Abstossung der mit übermässig dicker Hornschicht bedeckten Stellen und dadurch als Endresultat doch die gewünschte Gleichmässigkeit der Hornbedeckung. Speciell in unserem Falle wird durch die angewandten Mittel die ganze Zungenoberfläche in einem Zustand stärkerer Abschuppung erhalten oder mit anderen Worten: auch der weissliche Beleg der normalen Zunge und insbesondere die

weissen Ränder werden auf das Niveau der centralen Vertiefungen erniedrigt.

Eine entzündliche Wallung der befallenen Stellen habe ich mich nicht veranlasst gesehen zu mässigen, da ich eine solche nicht annehme und die centrale Röthe und die deutlichen Papillarköpfe für mich nur der Ausdruck einer verdünnten Hornschicht sind. Ich habe ausser der in zwei Krankengeschichten erwähnten schwefligen Säure hauptsächlich und zuerst den Schwefel allein verordnet in Schüttelmixturen:

Flor. sulf.	10,0		Flores sulf. 10,0
Mixt. gummos.	200,0	oder	Emuls. amygdal. 200,0
M.			M.

oder in Form von Natr. subsulfurosum:

Natri subsulfurosi
Glycerini āā 10,0
Aq. destillat. 200,0
M.

mit nachheriger Anwendung von Essig oder Citronensaft zur Ausfällung des Schwefels; oder in Form einer im Hause bereiteten Eigelbemulsion.

Ich habe weiter als Gegenprobe andere austrocknende Mittel, vor allem den weissen Bolus, in ähnlichen Schüttelmixturen angewendet und dieselben weniger, aber auch noch deutlich wirksam gefunden. Noch wirksamer wie Schwefel erwies sich mir die schweflige Säure, wie oben angegeben oder pur dem Mundwasser zugesetzt oder selbst in reiner Form angewandt. Folgende Composition beider Mittel kann ich noch mehr wie die früheren empfehlen:

Aq. sulfurosae
Aq. Menthae āā 100,0
Flor. sulfuris
Syr. simpl. āā 20,0
Gummi Tragacanth. 2,0
M. S. umzuschütteln.

Von dieser Flüssigkeit nimmt der Patient Morgens, Mittags und Abends nach vorheriger, sorgfältiger Mundreinigung einen Schluck in den Mund, hält ihn 5 Minuten darin, und bewegt während dieser Zeit die Flüssigkeit in alle Winkel und

Ecken des Mundes, so dass die Zunge in ausreichende Berührung mit ihr kommt. Diese Procedur kann 3 oder mehr Male hinter einander wiederholt werden. Während dieser Zeit hat sich im Glase wieder ein Bodensatz von Schwefel mit anhängender schwefliger Säure gebildet, man giesst die überstehende Flüssigkeit ab, nimmt den Bodensatz mit der Zahnbürste auf und bürstet sich zum Schluss die Zunge sanft ab.

Ich könnte diese von mir im Laufe zweier Jahre angewandten wirksamen Verschreibungen noch um etliche vermehren; vor Allem habe ich adstringirende Mittel wie essigsaure Thonerde, Alaun mit den austrocknenden verbunden; doch denke ich, dass die vorstehenden das Princip genügend erläutern und halte es für wichtiger, so weit es geht, zu präcisiren, was durch diese Mittel zu erreichen ist.

Einen vollständig befriedigenden Erfolg habe ich vermittelst derselben nur bei dem ersten Grade der Affection erzielt, nicht beim zweiten und dritten; doch zweifle ich nicht, dass durch ähnliche Mittel in stärkerer Concentration und langem consequenten Gebrauch sich auch hier noch in gewissen Fällen eine so gut wie normal aussehende Zunge herstellen lassen wird. Der erste, palliative Erfolg der genannten Mittel ist stets ein prägnanter, überraschender, besonders in den leichteren Fällen, indem die Schälung der ganzen Zunge, welche durch sie bewirkt wird, die auffallenden Unregelmässigkeiten fortnimmt oder wenigstens mässigt. Bei mehrmonatlichem andauerndem Fortgebrauch tritt jedoch eine fundamentale Besserung in der Art ein, dass nach monatelangem Aussetzen die Affection überhaupt nicht wieder auftritt (6), oder eventuell in kleinerer Ausdehnung (9) oder schwächerer Ausbildung (7) allmälig wieder erscheint. Täuschungen können freilich auch hier unterlaufen, da die Affection hin und wieder spontanen Besserungen unterliegt, die sich unserer Deutung vollständig entziehen.

Vorkommenden Falles würde ich, wo es auf Radicalheilung ankommt, am liebsten einen Versuch mit dem constanten Strom befürworten, auf die specifische nervöse Natur des Uebels bauend. Jedenfalls aber ist es angenehm, den über dieses unschuldige Leiden oft sehr verstimmten Patienten eine zeitweise, künstliche

und sehr rasche Besserung mittelst obiger und ähnlicher Mittel versprechen zu können.

Februar 1881.

Nachtrag.

An den Herausgeber d. Vierteljhrsch. Hrn. Prof. Auspitz in Wien.

Soeben ersehe ich, noch kurz vor der Veröffentlichung meiner Arbeit über „kreisfleckige Exfoliation der Zunge", aus dem zweiten diesjährigen Hefte der „Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie", dass bereits lange vor der Arbeit von Caspary über denselben Gegenstand von französischen Autoren abgehandelt worden ist, ein Umstand, der auch Caspary entgangen zu sein scheint. Es ist in diesem Hefte eine Vorlesung von Prof. J. Parrot mitgetheilt (p. 370), in welcher derselbe unter anderen Symptomen hereditärer Syphilis auch unsere „kreisfleckige Exfoliation" unter dem Namen: „desquamative Syphilis der Zunge" ausführlich bespricht. Bei der grossen Bedeutung, welche dieser Aufsatz für die vorliegende Frage besitzt und der Vernachlässigung, welche bisher die betreffenden französischen Autoren bei uns erfahren haben, erscheint es mir als eine angenehme Pflicht, aus dem Aufsatze von Parrot die wichtigsten Punkte hervorzuheben, welche theils als Ergänzung der von Caspary und mir gelassenen Lücken, theils zur Präcisirung noch streitiger Punkte dienen mögen. Ich bitte sie daher, das Nachstehende anhangsweise meinem Aufsatze hinzuzufügen.

Nach Parrot hat Bridou, als der erste, 1872, in seiner Inauguraldissertation (Sur une affection innommée de la muqueuse linguale) diese Affection beschrieben. Nach diesem Autor soll hinwieder ein Deutscher, Santlus de Hadamar, 1854 dieselbe zuerst signalisirt haben. Gubler in seinem Artikel: Bouche (Dict. encycl. des sciences méd.) hat ihr sogar bereits den Namen: État lichénoide de la langue gegeben. Bergeron hat sie 1864 in einem Vortrage vor der Société médicale des Hôpiteaux erwähnt. Bridou arbeitete unter den Auspicien von Barthez und Lailler und benutzte eine mikroskopische Prüfung von Renaut.

Parrot stützt nun seine Beschreibung auf die stattliche Zahl von 31 Fällen, sämmtlich bei Kindern des Findelhauses beob-

achtet. Das Alter der Kinder variirte von 1 Monat bis zu 6 Jahren; allein 16 Fälle fielen aber in die Zeit vom 6. Monate bis Ende des 2. Jahres, was sehr für den von mir hervorgehobenen Zusammenhang mit der Dentition spricht.

Parrot war ferner in der glücklichen Lage, in Gemeinschaft mit Martin 3 Fälle mikroskopisch zu untersuchen. Sie fanden in der Schleimhaut Austritte gruppenförmig vertheilter, weisser Blutkörperchen und ausserdem eine Verdickung sowohl der Stachelschicht wie der Hornschicht nebst Zeichen vermehrter Zellenproliferation in der ersteren. Diese Epidermoidalveränderungen entsprechen klinisch vollkommen dem Rande der Flecke, nicht ganz dem Centrum.

Auch Parrot lässt die Ringe aus weissen Plaques als dem ersten Stadium hervorgehen, eine Beobachtung, die auch mir nur bei Kindern möglich war.

Im entschiedenen Gegensatze verharre ich auf der anderen Seite rücksichtlich der drei Fragen der concentrischen Ausbreitung, des Vorkommens bei Erwachsenen und der Aetiologie.

Parrot nimmt einen gesetzmässigen Marsch der Flecke vom Zungenrande nach der Mitte und der Zungenwurzel an. Ich habe eine solche Regelmässigkeit bei Erwachsenen mit aller Sicherheit ausschliessen können; bei Kindern ist wegen der Schnelligkeit der Bewegung die Beobachtung erschwert, doch konnte ich auch hier nur sprungweise Verlegungen des Centrums der Kreise constatiren.

Parrot hält das Leiden für eine essentielle Kinderkrankheit, will übrigens nicht läugnen, dass sie auch bei Erwachsenen vorkommen könne. So wird das Urtheil irregeleitet durch die Art des zufällig zum Studium dienenden Materials. Ich hätte mit demselben Rechte den Schluss ziehen können, dass diese Krankheit nur bei Prostituirten vorkäme.

In der Aetiologie endlich differirt Parrot von sämmtlichen übrigen Beobachtern (Bridou, Barthez, Gubler, Caspary, Unna), welche die Syphilis glaubten, leicht und sicher ausschliessen zu können. Ich habe eine besondere, gleichsam persönliche Veranlassung, diesen Punkt nochmals zu besprechen, da Parrot, auf ein grosses Beobachtungsmaterial gestützt, mit aller Sicherheit den Ausspruch thut, dass hereditäre Syphilis und nur diese die Ursache des Leidens sei. Denn ich beobachte dieselbe Er-

scheinung bei meinem eigenen Sohne, wie ich in meiner Arbeit ausführte, und der Ausspruch Parrot's ist daher geeignet, ein eigenthümliches Streiflicht nachträglich auf meine Angaben zu werfen, da ich mich andererseits bemüht habe, die Syphilis in betreff der Aetiologie ein für alle Mal auszuschliessen; obwohl sich jeder Arzt sogleich sagen wird, dass ich die Beobachtung aus meinem Hause nicht gemacht haben oder als solche wenigstens nicht bezeichnet haben würde, wenn mir der allergeringste Verdacht einer irgendwie ins Spiel kommenden Syphilis nur entfernt möglich erschienen wäre, wenn ferner auch Jeder mehr Gewicht zu legen geneigt sein wird auf eine so intime Kenntniss der Antecedentien, wie sie dem Arzt im eigenen Hause möglich ist, als auf die directe Bestimmung hereditärer Momente bei einem Materiale unbekannter Eltern (aus dem Findelhause) und einer bis dahin eben noch unbekannten Aetiologie. Ich bin auf der anderen Seite froh, die Arbeit von Parrot nicht eher kennen gelernt zu haben als die meine zum Druck befördert wurde. Denn eine — freilich ganz unwissenschaftliche — Scheu, würde mich dann abgehalten haben, gegen die Ansicht von Parrot mit meinem bezüglichen ganzen Beobachtungsmateriale in offenster Darlegung hervorzutreten, eine Offenheit, welche nun nach der Darstellung von Parrot noch manchem Kinde und nicht weniger manchen Eltern zu Gute kommen kann, denen auf Parrot's Autorität hin jetzt vielleicht eine syphilitische Behandlung zugemuthet werden könnte. Aus dieser Reserve einmal arglos herausgetreten, halte ich es jetzt für meine Pflicht, die Ansicht Parrot's, dass die betreffende Zungenaffection stets auf hereditäre Syphilis zu beziehen sei, mit aller Entschiedenheit zurückzuweisen. Zunächst müsste Parrot genau in seinen einzelnen 31 Fällen angeben, auf welche anderen, hereditär syphilitischen Momente die Diagnose sich gestützt habe. Dieses ist bisher nicht geschehen. Gesetzt aber es wären nach unseren bisherigen Kenntnissen von der Natur der hereditären Syphilis — nicht nach einer rasch aufklärenden Anamnese, die bekanntlich im Findelhause zu den Ausnahmen gehört — wirklich 28 Fälle unter den 31 als hereditär belastet erkannt und anerkannt, so würde daraus für mich nur hervorgehen:

1. dass unter dem Beobachtungsmaterial von Parrot eine verhältnissmässig sehr grosse Anzahl hereditär syphilitischer Kinder

überhaupt vertreten sei, was in einem Findelhause weniger auffällt als in einer anderen Anstalt;

2. dass die hereditäre Syphilis zur Erkrankung der Zunge ebenso disponire wie Anämie bei den Erwachsenen; im Findelhause aufgenommene, hereditär-syphilitische Kinder werden wohl zunächst immer zu den schlecht ernährten Kindern gehören.

Der dem Findelhause entnommene Satz Parrot's darf also durchaus nicht in der Weise, wie es von ihm geschehen ist, verallgemeinert werden. In Bezug auf die Diagnose ist vor Allem die Differentialdiagnose zwischen Rhachitis und Syphilis hereditaria, soweit nur Knochenerkrankungen in Betracht kommen, jedesmal genau zu erörtern. Die von Parrot mitgetheilten histologischen Befunde sprechen durchaus nicht für, aber das klinische Bild, was Parrot nicht besonders hervorgehoben hat, entschieden gegen ein syphilitisches Exanthem. Ich hoffe, dass nach Kenntnissnahme andersartigen Materials deutscher Autoren, Parrot seine verdienstvollen Beobachtungen zu ergänzen Gelegenheit haben wird und damit zu einer vielseitigeren Auffassung der Aetiologie gelangt, welche die hereditäre Syphilis wohl einschliesst aber nicht auf ihr basirt ist.

Mai 1881. Unna.

Ueber syphilitische Hepatitis, Lebersyphilis.[1])

Von

Prof. Dr. Chvostek,

k. k. Stabsarzt in Wien.

Geschichtliche Bemerkungen[2]).

Kaum dass man die Syphilis kennen gelernt hatte, stellte man die Ansicht auf, dass auch die Leber Sitz der Syphilis sei. Zu-

[1]) Frerichs, Klin. d. Leberkrankh. II. p. 150 ff. — Thierfelder, v. Ziemssen's Handb. d. spec. Path. u. Ther. VIII. B. Krankh. d. chyl. Appar. II. 1. H. 1. Abth. p. 198 ff. — Bamberger, Krankh. d. chylopont. Syst. 2. Aufl. 1864 p. 507 ff. — Niemeyer, Lehrb. d. spec. Path. u. Ther. 9. Aufl. 1874 p. 740. — Simmonds, Ueber chron. interstit. Erkrankungen d. Leber. Dtsch. Arch. f. kl. Med. 27. B. p. 88 (diffuse, fibröse Hepatiten). — Bäumler, Syphilis; v. Ziemss. Handb. d. spec. P. u. Ther. 3. B. p. 177. — Lancereaux, de l'hépatite syphil. Gaz. méd. de Paris 1873 Nr. 27, 29. — Löwenfeld, zwei Fälle von syphil. Erkrankung der Leber. Wien. med. Presse 1873 Nr. 39, 40. — Hedenius, Fälle von Eingeweidesyphilis. Upsala lakäref. förh. X. 7 p. 185; Vierteljhrsch. f. Dermat. u. Syph. 1876 4. Heft p. 641 ff. — O. Hjelt, Öf versigt of ettusen likôppningar vid det Tinska Univers. patol. anat. inväottning. Helsingfors 1872 p. 13; Schmidt's Jahresb. 161. Bd. p. 140. — Fleischl und Klob, Beiträge zur Pathol. d. const. Syphilis. Wiener med. Wochenschrift 1860 Nr. 9 (Oppolzer's Klinik). — Dittrich, der syphilit. Krankheitsprocess in d. Leber. Prag. Vierteljhrsch. f. prakt. Heilk. VI. 1849 1. B. o. 21. B. p. 1—34 u. VII. 1850 2. B. o. 26. B. p. 33—54. — E. Wagner, Das Syphilom. Arch. f. Heilk. V. 1864 p. 121 ff. — Chvostek, zur Casuistik der Leberkrankheiten. Wochenbl. d. Ztsch. d. Gesellsch. d. Aerzte in Wien 1862 3. Beob. u. Med.-chir. Rundsch. 1864 8. Bd. — Chvostek, die Gallensteine. Wien. allg. med. Ztg. 1880 6. Beob. — Chvostek, Syphilis der Nebennieren, des Pancreas, der Leber, der Lungen u. der Haut. Wiener med. Wochensch. 1877 Nr. 33. — Birch-Hirschfeld, Lehrb. d. path. Anat. 1877 p. 939 ff. — Klebs, Handb. d. path. Anat. I. 1. Abth. 1869 p. 435 ff. — Förster, Handb. d. spec. path. Anat. 2. Aufl. 1863 p. 190 ff. — Rokitansky, Lehrb. d. path. Anat. 3. Aufl. 1861 III. p. 253 ff. — Rindfleisch, Lehrb. d. path. Gewebelehre 1869 p. 402—404. — Virchow, die krankhaften Geschwülste 2. B. p. 422 ff.

[2]) Frerichs l. c. p. 150, 151. — Thierfelder l. c. p. 198, 199. —

nächst sprachen einige Aerzte (Hutten, Fallopia, Musa Brassavolus, Montanus, A. Gallus etc.) die Meinung aus, dass die Syphilis sich durch ein flüchtiges Contagium übertrage und zunächst die Leber befalle, und dass von dieser aus erst eine Säfteverderbniss und consecutiv die syphilitischen Geschwüre zu Stande kommen. Fast gleichzeitig stellten jedoch andere Aerzte (Cataneus, Al. Ferro, Botalli etc.) die Behauptung auf, dass die Erkrankung der Genitalien das Primäre sei, und dass von dieser aus allmälig sich eine Verderbniss der Säfte entwickle und zur syphilitischen Erkrankung der Leber Veranlassung gebe. Später haben Bonet, Astruc, van Swieten und Portal über einige Fälle von syphilitischer Leberaffection berichtet, Morgagni dagegen hervorgehoben, dass er die Leber Syphilitischer niemals krank gefunden habe. In dem darauffolgenden Zeitraume kam die Lebersyphilis allmälig ganz in Vergessenheit. Als man später der pathologischen Anatomie immer mehr und mehr Aufmerksamkeit widmete, wurden die durch die Syphilis in der Leber hervorgerufenen Veränderungen, Syphilome etc. nicht selten gefunden, jedoch zumeist unrichtig gedeutet. So wurden die Syphilome von Budd als eingekapselte knotige Geschwülste, die auf einer Anfüllung der an einer circumscripten Stelle der Leber in Folge von Entzündung ausgedehnten Gallengänge mit käseartigen Massen beruhen sollten, von Foucart als syphilitische Lebertuberkel, von Oppolzer und Bochdalek als geheilte Leberkrebse, von Anderen als geheilte Leberabscesse aufgefasst. Da beschrieb Ricord Veränderungen an der Leber Syphilitischer, die er mit Gummigeschwülsten verglich und Rayer fand ebenfalls Veränderungen dieses Organes (neben Albuminerie), die er von Syphilis ableiten zu müssen glaubte, doch erst Dittrich hat die Grundzüge der Lebersyphilis festgestellt; er betrachtete jedoch die Syphilome nicht als Neubildungen, sondern als abgekapselte, nicht organisirte Exsudate. Erst Virchow[1]) hat nachgewiesen, dass die Syphilome Neubildungen sind. Seitdem wurden unsere Kenntnisse über diese Krankheit durch die Arbeiten vieler Forscher immer mehr und mehr erweitert.

Bamberger l. c. p. 507. — Bäumler l. c. p. 177 ff. — Virchow, Geschwülste l. c.

[1]) Virchow's Archiv 15. Bd. p. 276.

Aetiologie.

Bekanntlich werden die inneren Organe im Verhältniss zu der grossen Verbreitung der Syphilis von dieser Krankheit nur selten befallen. Unter den inneren Organen gehört aber die Leber zu denjenigen, welche relativ am häufigsten Sitz der syphilitischen Erkrankung sind. Nach meiner Erfahrung wird die Frequenz der Lebersyphilis bei Erwachsenen nur von derjenigen der Hirnsyphilis u. z. bedeutend übertroffen; ich beobachtete nämlich bisher in der Spitalspraxis 19 Fälle von Lebersyphilis und gegen 80 Fälle von Hirnsyphilis. Hjelt (l. c.) fand unter 1000 Sectionen 8 mal Hepatitis syphilitica, 2 mal Leberscirrhose und 1 mal Hepar lobat. mit Narbenbildung. Bei der hereditären Syphilis scheint die Lebersyphilis noch häufiger vorzukommen als bei der acquirirten, ja sie scheint nach Simonds von allen durch die erstere bedingten Organerkrankungen die häufigste zu sein. Rindfleisch wirft die Frage auf, ob nicht die Fälle von Lebercirrhose, welche bei Kindern von 10—15 Jahren angetroffen wurden, auf hereditärer Syphilis beruhen könnten.

Bei der acquirirten Syphilis tritt die Leberaffection gewöhnlich in einer ziemlich späten Periode als Tertiäraffection auf, selten nur (Dittrich, Gubler, Leudet, Biermer) in einer früheren Periode neben sogenannt secundären Affectionen in anderen Organen, (nach Dittrich insbesondere neben syphilitischen Narben des Pharynx und Gaumens) u. z. im letzteren Falle gewöhnlich in Form einer einfachen Narbenbildung. Was meine 19 Fälle anlangt, so wurde das Auftreten der Primäraffection nicht eruirt 8 mal; sonst wurde das Auftreten der Lebersyphilis nach der Primäraffection beobachtet

2	Jahre	2 mal	15	Jahre	1 mal
4	„	1 „	21	„	1 „
9	„	2 „	24	„	1 „
14	„	2 „	40	„	1 „ (IV. B.)

Das Alter meiner 19 von Lebersyphilis befallenen Individuen anlangend, kann ich Folgendes anführen: Es standen im Alter von

21 — 30	Jahren	2	Individuen
31 — 40	„	6	„
41 — 50	„	6	„
51 — 60	„	3	„
61 — 70	„	2	„

Pathologische Anatomie.

Die Syphilis äussert sich in der Leber entweder I. in Form der amyloiden Degeneration, welchen Process ich an anderer Stelle abhandeln werde, da derselbe eigentlich fast nur durch die syphilitische Cachexie hier bedingt ist, oder II. in Form der Perihepatitis, die gewöhnlich zu einer bedeutenden Verdickung der Leberkapsel und zur Verwachsung derselben mit der Nachbarschaft führt, sich gewöhnlich erst zur syphilitischen Hepatitis hinzugesellt, in seltenen Fällen (Laure [1]) jedoch derselben auch vorangeht. Vielleicht gehört auch meine 3. und 4. Beobachtung hieher; jedenfalls prävalirt in denselben die Perihepatitis über die von der Leberoberfläche ausgehenden Narben der Lebersubstanz — oder III. in Form der syphilitischen Hepatitis. Diese Hepatitis beruht ebenfalls so wie die der Lebercirrhose zu Grunde liegende auf einer Wucherung des interstitiellen Bindegewebes mit nachfolgender Schrumpfung desselben, unterscheidet sich aber von der letzteren durch folgende Momente [2]):

a) Sie tritt gewöhnlich in circumscripter und nur selten in diffuser Form auf.

b) Das neugebildete Bindegewebe bleibt lange Zeit zellenreich; und diese Zellen haben bei der circumscripten Form eine grosse Neigung im Centrum der Herde die fettige und käsige Metamorphose einzugehen, und hierauf mehr oder minder vollständig oder gar gänzlich zur Resorption zu gelangen, während es in der Peripherie dieser Herde zur Bindegewebsneubildung kommt.

c) Das Bindegewebe an der Peripherie der Herde zeichnet sich bei seiner Schrumpfung durch ein ausserordentlich grosses Retractionsvermögen aus, so dass es bei der Schrumpfung dieser Herde zu mehr minder tiefen Einziehungen der Leberoberfläche kommt.

So mannigfaltig sich das anatomische Bild der syphilitischen Hepatitis präsentiren kann, so beruht es doch stets auf einem und demselben Processe und diese Mannigfaltigkeit kommt dadurch zu Stande, dass dieser Process bald in circumscripter, bald in

---

[1]) Ein Fall von Visceral-Syphilis. Giorn. d. mal. ven. 1869 X; Arch. f. Derm. u. Syph. II. 1870 p. 439.

[2]) Klebs l. c. p. 439.

diffuser, bald in gemischter Form auftritt, und dass die einzelnen Partien der diffusen, sowie die einzelnen Herde bei der circumscripten Form ein verschiedenes Alter haben, verschieden gross und an verschiedenen Stellen der Leber gelagert sind.

Im allgemeinen unterscheidet man bei der syphilitischen Hepatitis eine diffuse Form (diffuse interstitielle syphilitische Leberentzündung, diffuse Lebersyphilis) und eine circumscripte (Gumma oder Syphilombildung der Leber).

Die diffuse Lebersyphilis findet sich am häufigsten bei mit hereditärer Syphilis behafteten todtgeborenen oder kurze Zeit nach der Geburt verstorbenen Kindern und nur selten bei Erwachsenen. Die Leber ist gross, hat eine grauröthliche oder schmutzig gelbgraue Farbe, welche nach Gubler derjenigen des Feuersteines ähnlich ist; ihre Oberfläche ist glatt, mit der Umgebung nicht verwachsen; ihr Gewebe etwas derber, blutleer, matt glänzend und hat eine undeutliche, oder wie in einem Falle Wilks' ganz fehlende Läppchenzeichnung.

Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man in ganz frischen Fällen nach Simonds das ganze Lebergerüste, namentlich um die grossen Gefässe herum von zahllosen runden, ovalen und spindelförmigen kleinen Gebilden durchsetzt; in etwas länger dauernden Fällen werden die Kerne allmälig länger, es entstehen langgezogene Spindelzellen, die endlich in Fasern übergehen. Das interlobuläre Bindegewebe wird überall breiter, ist aber noch mehr minder reichlich von den rundlichen oder spindelförmigen Zellen durchsetzt, aber auch das intralobuläre Bindegewebe bietet die Zeichen der Wucherung dar. Die Leberzellen sind abgeplattet, atrophisch und mehr minder fettig zerfallen. Bei längerem Bestande des Processes kommt es nun entweder zu einer mehr gleichmässigen Induration mit geringer, oberflächlicher Granulirung, (Wagner und vielleicht meine 6. Beob.) oder aber zu einer Induration, die der gewöhnlichen Leberscirrhose sehr ähnlich ist. (Frerichs 15. u. 16. Beob. Bamberger, Dufour, Klebs, L. Wronka und meine 7. V. VI. VII. Beob.) Aber selbst diese letztere Form der syphil. Hepatitis, nämlich die cirrhotische, unterscheidet sich von der gewöhnlichen Cirrhose durch die beiden folgenden Momente:

a) Bei derselben fand Klebs gewisse Stellen der Oberfläche stärker betheiligt, namentlich längs des Lig. suspens., wo sich

grössere eingesunkene Partien von fibröser Beschaffenheit, die nur wenige und kleine Granula enthielten, fanden, während in den übrigen Theilen eine gleichmässigere Vertheilung der Reste der Lebersubstanz in der fibrösen Grundlage stattfand.

b) Bei der syphilitischen Hepatitis ist die Leberkapsel in Folge der Perihepatitis beträchtlicher, mehr schwartenartig verdickt als bei der gewöhnlichen Lebercirrhose und mit der Umgebung durch reichliche bindegewebige Adhäsionen verwachsen.

M. Hayem fand nach Gaillard-Lacombe [1]) bei der syphilitischen Lebercirrhose sowohl in der verdickten Capsula Glissonii, als auch in den in die Lebersubstanz eindringenden Faserzügen die Lymphgefässe vermehrt, erweitert und von bindegewebiger Substanz manchettenartig eingehüllt, welchen Process er als Peri-Lymphangitis auffasst. Hervorzuheben wäre noch, dass in einem Falle Ducaussay's [2]) die diffuse syphilitische Leberentzündung mit Carcinom des Magens, des Peritoneums etc. complicirt war.

Die circumscripte syphilitische Hepatitis (Gumma — oder Syphilombildung der Leber) kommt häufiger als die diffuse Lebersyphilis vor. Dieselbe tritt in Form von hirsekorn- bis wallnussgrossen, ja selbst noch grösseren (Key und Wiesing 4 ctm. Durchmesser, E. Wagner über hühnereigross) Knoten auf, welche zumeist in geringer, selten in etwas grösserer (im Falle Key und Wiesing [3]) wenigstens 50) und äusserst selten in sehr grosser Zahl (Zenker[4]), Coupland [5]), Pleischl und Klob [6]), Wagner und meine 2. und I. Beob.) in der normalen, fettig oder amyloid entarteten Lebersubstanz enthalten sind. Dieselben wurden wohl an allen Stellen der Leber beobachtet, am häufigsten findet man sie jedoch an der Leberoberfläche und in der Umgebung der Bänder der Leber, namentlich des Lig. suspens.

[1]) Etude sur les accidents hépatiques de la Syphilis chez l'adulte. Thèse. Paris 1874. Virchow u. Hirsch's Jahresb. 1875 II. p. 545.

[2]) Bull. de la Soc. anat. 4. sér. I. 2. 1876. — Schmidt's Jahresb. 183. Bd. p. 74.

[3]) Bäumler l. c. p. 179.

[4]) Fall af lefver syphilis. Svenska läkar. förhandl. Virch. u. Hirsch's Jahresb. 1877 IV. p. 408. — Schmidt's Jahrb. 177. Bd. p. 154.

[5]) Eingeweidesyphilis bei einem Kinde. Brit. med. Journ. 1875. — Diese Vierteljahresschr. 1878 q. 544.

[6]) l. c. 2. Beob.

Die frischen Syphilome, die übrigens ziemlich selten zur Beobachtung kommen, zeigen auf dem Durchschnitte eine grauröthliche, graue oder weisse Farbe, ein markiges Aussehen und ziemlich derbe Consistenz; dieselben ragen, wenn sie oberflächlich gelagert sind, nicht selten über die Leberoberfläche etwas hervor, und ihr Peritonealüberzug zeigt entweder die Zeichen einer frischen, oder aber bereits abgelaufenen Entzündung (schwielige Verdickung und Verwachsung mit der Nachbarschaft). Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man in eine bindegewebige Grundsubstanz eingelagert zahlreiche kleine, runde und spindelförmige Zellen; ausserdem finden sich in derselben viele zumeist capillare Gefässe und atrophische und durch Albumin und Fetttröpfchen getrübte Zellen, und nicht selten verzweigte Netze von Gallengängen. An der Peripherie dieser Syphilome findet man auf verschieden weite Strecken das interlobuläre Bindegewebe von kleinen Zellen mehr minder durchsetzt.

Sind die Syphilome älter, so finden sich ihre centralen Partien in gelbliche, grauweisse, zähe und trockene (käsige), rundliche oder unregelmässig zackig begrenzte, bisweilen auch verästelte oder netzförmige Massen umgewandelt, die sich nicht wie die Tuberkeln auspressen, sondern nur stückweise abreissen lassen. Diese käsigen Massen bestehen aus Detritus, Fetttröpfchen, freien Kernen, spärlichen geschrumpften Zellen und einem dünnen Netzwerke sklerotischer Grundsubstanz. Centrale Verkalkung wurde beobachtet in einzelnen Fällen von Dittrich und in je einem Falle von Zenker[1]), von Wagner[2]), und von Wronka[3]), und völlige centrale Erweichung in je einem Falle, von Zenker, Wagner[4]), Moxon und Lancereaux. Diese centralen Partien sind von einer verschieden breiten Zone frischerer oder älterer Bindegewebsinduration umgeben, welche in die centralen Partien nur allmälig übergeht, gegen die Peripherie zu jedoch scharf abgegrenzt ist. Von letzterer gehen nach verschiedenen Richtungen, selbst bis zur Oberfläche bindegewebige Fortsätze aus, welche nicht selten

[1]) l. c.

[2]) Berliner klin. Wochenschrift 1869 Nr. 39.

[3]) Beiträge zur Kenntniss der angeborenen Leberkrankheiten. Inaug.-Dissert. Breslau 1872.

[4]) l. c. p. 123. Fall 34.

mit denjenigen der benachbarten Syphilome zusammenhängen. Ueber das endliche Schicksal dieser centralen käseartigen Partien der Syphilome gehen die Ansichten der Pathologen zum Theil noch auseinander. Während Virchow[1]) und Frerichs die Möglichkeit einer vollständigen Resorption derselben bezweifelten, und dem entsprechend die rein fibrösen Schwielen als durch eine einfache interstitielle Hepatitis zu Stande gekommen betrachten, halten andere Pathologen (E. Wagner, Klebs, Birch-Hirschfeld, Thierfelder) in Anbetracht des Umstandes, dass in einer und derselben Leber neben den rein fibrösen Schwielen auch solche beobachtet werden, welche in ihrem Centrum noch deutliche, in der Rückbildung mehr minder weit vorgeschrittene käseartige Herde enthalten, die Möglichkeit einer vollständigen Resorptionsfähigkeit dieser centralen käsigen Massen aufrecht.

Mag nun die eine oder die andere Ansicht in der Zukunft als richtig befunden werden, so steht doch soviel fest, dass man bei der Lebersyphilis entweder für sich, oder neben mehr minder weit in der Rückbildung vorgeschrittenen Gummata an der Leberoberfläche, namentlich in der Nähe des Lig. suspens. mehr minder tiefe und in der Fläche ausgebreitete, narbige Einziehungen in geringerer oder grösserer Anzahl findet, entsprechend welchen die Leberkapsel bedeutend verdickt ist (meine 2. und I. Beob.), dass ferner manchmal die Leber beim Vorhandensein vieler tiefer und ausgebreiteter, derartiger Einziehungen ein unregelmässig knolliges, gelapptes Aussehen (gelappte Leber) erhält, (meine II., III., IV. und VIII. Beob.), und dabei mehr minder selbst bis zur Faustgrösse geschrumpft ist, und dass schliesslich in einzelnen Fällen grössere Leberpartien durch die Schwielen von der übrigen Leber förmlich abgeschnürt werden können. (Riegel[2]) und meine I. Beobachtung) Das Lebergewebe dieser Knollen ist entweder normal oder hypertrophisch oder im Zustande der amyloiden Degeneration, wobei die letztere auf einzelne Stellen beschränkt und so hochgradig sein kann, dass diese das Aussehen von Gummiknoten kaben können (Virchow[3]), Grainger Stewart, Moxon). In seltenen Fällen

[1]) Virch. Arch. 15. Bd. p. 66. Geschwülste 2. Bd. p. 428.

[2]) Zur Casuistik der Missbildungen der Leber. Deutsches Archiv für klin. Med. II. p. 113 ff.

[3]) Geschwülste II. p. 430.

findet sich eine partielle, acute, gelbe Leberatrophie (Andrew, Hilton Fagge). In einem Falle von E. Schütz[1]) war der rechte Leberlappen kuglig und ohne Lappung, sein Gewebe fest, dunkelbraun, blutreich; demselben sass der linke Lappen hinten in Form eines kleinen, platten, zungenförmigen Anhanges auf, welcher vollständig fibrös war und mehrere kleine, gelbliche Knoten enthielt. Das Peritoneum war besonders vorne verdickt, von weisslich strahliger Beschaffenheit.

Nicht selten dringen nach Rokitansky diese Bindegewebsmassen an die Pfortaderäste und Lebervenen oder nehmen selbe ringsum auf, sind mit ihnen verwachsen, constringiren sie bis zur Verschliessung und erzeugen in ihnen Thrombosirung. Hieher gehört auch der 1. Fall Löwenfeld's.

Klebs ist der Ansicht, dass alle Formen der gelappten Leber, welche nicht auf mechanischer Ursache beruhen, dem syphylitischen Processe zuzurechnen seien.

Bei Neugeborenen findet sich, wie dies Gubler zuerst hervorgehoben hat, eine miliare syphilitische Neubildung der Leber. Man findet auf dem Durchschnitte der normal aussehenden Leber, deren Peritonealüberzug bisweilen die Zeichen einer ganz frischen, oder doch wenigstens ziemlich frischen Entzündung darbietet, mehr minder zahlreiche, blasse, verwaschene, gelbliche, nadelstich- bis mohnkorngrosse Flecke, oder deutlicher gesonderte bis erbsengrosse Knoten, welche letztere das Aussehen der Gummaknoten haben. Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man zahlreiche kleine Zellen im interstitiellen Bindegewebe, welche rasch in Verfettung übergehen. Diese Neubildungen sitzen entweder in den Acinis, oder längs der Pfortaderäste und der Gallenwege, dieselben bisweilen vollständig obliterirend.

Bei congenitaler Syphilis findet sich nach Schüppel[2]) bisweilen eine reichliche Syphilombildung ausgehend von dem die grossen Portaläste und den Pfortaderstamm umgebenden Bindegewebe (Peripylephlebitis syphilitica) und dadurch bedingt eine mehr minder bedeutende Compression der Pfortader und der

[1]) Prager med. Wochenschr. I. 1877 Nr. 52.

[2]) Ueber Peripylephlebitis syphil. bei Neugeborenen. Arch. d. Heilk. 1870. 11. Bd.

Gallengänge. In drei meiner Fälle kam es zur Compression des Stammes der Pfortader und ihrer beiden Aeste an der Leberpforte, u. z. in der 2. Beob. durch vergrösserte und höchst wahrscheinlich auch amyloid entartete Lymphdrüsen; in der 7. Beob. durch Wucherung und Schrumpfung des Bindegewebes an der Porta hepatis — und schliesslich in meiner 6. Beob. durch beide diese Momente gleichzeitig. Klebs[1]) sah in einem Falle von wahrscheinlich hereditärer Syphilis bei einem etwa 12jährigen Knaben die V. cava durch Bindegewebe, welches von einem in der Furche der letzteren befindlichen Gummiknoten ausging, ringförmig bis etwa zur Hälfte ihres Lumens verengt.

Symptome.

Häufig erzeugt die syphilitische Hepatitis entweder gar keine, oder nur so unbedeutende Erscheinungen während des Lebens, dass man dieselbe gar nicht vermuthet und erst bei der Obduction zufällig findet. Bisweilen geht dieselbe jedoch mit gewissen Symptomen einher, die bei grösserer Ausbreitung des Processes in der Leber durch Aenderung der Grössen- und Formverhältnisse sowie der Härte dieses Organes, durch Verengerung und Verschliessung vieler Pfortaderzweige und Lebergallengänge und schliesslich durch die Perihepatitis zu Stande kommen.

In den Fällen von congenitaler Lebersyphilis zeigt sich die Leber fast immer mehr minder beträchtlich vergrössert, hart, an ihrer Oberfläche glatt. Bei der acquirirten Syphilis ist wohl die Leber auch ziemlich häufig und oft nicht unbeträchtlich vergrössert, aber ihre Oberfläche häufig mit wallnuss- bis hühnereigrossen, glatten, zumeist harten, nur ausnahmsweise teigig weichen (Frerichs 20. Beob., Löwenfeld[2]) Höckern bedeckt, zwischen welchen mehr minder tiefe Furchen sich befinden, und ihr Rand ist stumpf und nicht selten auch mit Höckern und zwischen denselben befindlichen Furchen versehen. Aber selbst wenn die Leber verkleinert ist, fühlt man bisweilen an irgend einer Stelle unterhalb des rechten Rippenbogens die soeben geschilderten Veränderungen, bisweilen kann man auch einzelne von der Leber fast

[1]) l. c. p. 447.
[2]) l. c.

ganz abgeschnürte und nur durch einen kürzeren oder längeren Narbenstrang mit derselben zusammenhängende, daher mehr oder weniger bewegliche, verschieden grosse und verschieden harte knollige Tumoren bei der Untersuchung finden (Riegel [1]) und meine I. Beob.) In seltenen Fällen geht die Lappung und Verkleinerung der Leber unter unseren Augen vor sich (meine 1. und 5. Beob.) Die Leber verwächst gewöhnlich mit der Umgebung und daher auch mit der vorderen Brust- und Bauchwand und macht im letzteren Falle die respiratorischen Bewegungen nicht mit.

Zu den verhältnissmässig constantesten Symptomen gehören die Schmerzen in der Lebergegend. Dieselben sind bald örtlich beschränkt, bald über das ganze Organ verbreitet, zumeist nur dumpf und drückend, bisweilen jedoch mehr weniger heftig, ja bisweilen sogar sehr intensiv und steigern sich beim Drucke; sie dauern oft mehrere Monate mit zeitweisen Exacerbationen und Remissionen an, bisweilen wechseln jedoch kürzere oder längere Schmerzparoxysmen mit schmerzfreien Intervallen ab. Während die Schmerzen im Anfange des Processes ziemlich constant sind, fehlen sie gegen das Ende in der Regel. Sie strahlen nicht gegen die Schulter und auch nicht gegen andere Theile des Körpers aus. Die lebhafteren Schmerzen hängen jedenfalls von der Perihepatitis ab.

So lange der syphilitische Process in der Leber noch ein frischerer ist, fühlt und hört man bisweilen in der Lebergegend ein von der Respiration abhängiges peritoneales Reibegeräusch.

Bisweilen kommt es durch Compression und Obliteration zahlreicher Pfortaderzweige oder der Pfortader selbst zu den Erscheinungen der Stauung im Gebiete der Pfortader, nämlich zum Ascites, bisweilen auch zur Milzschwellung, zur Magen- und Darmblutung (Lendet, Frerichs, Löwenfeld und meine I. Beob. — Darmblutung), zur Entwickelung eines Collateralblutlaufes etc. Der Ascites findet sich nicht nur in den Fällen, in denen die Leber verkleinert ist, sondern bisweilen auch in solchen, in denen eine mehr minder bedeutende Vergrösserung der Leber vorhanden ist, selbst auch bei hereditärer Syphilis und hier nach Thierfelder vorzugsweise bei todtgebornen oder bald nach der Geburt

[1]) l. c.

gestorbenen Individuen. Bei meinen 19 Fällen fehlte der Ascites 7 mal; 2 mal war er von der Lebererkrankung unabhängig u. z. eine Theilerscheinung des Hydrops ex M. Brightii (II. Beob.), und eine solche des Hydrops in Folge von Stauung des Blutes im Hohlvenensysteme (III. Beob.); 3 mal war er bedingt zum Theil durch Compression der Pfortaderäste in der Leber, zum Theil war er jedoch auch eine Theilerscheinung eines allgemeinen Hydrops u. z. zweimal ex Morb. Brightii (V., VIII. Beob.), und 1 mal ex Hydrämia (VII. Beob.); und schliesslich kam derselbe 4 mal durch Compression der Pfortaderäste in der Leber (I., IV., X., XI. Beob.) und 3 mal (2., 6., 7. Beob.) ausserdem noch durch eine solche des Stammes der Pfortader und ihrer Hauptäste an der Porta hepat. zu Stande. In den 3 Fällen (V, VII, VIII), in denen er nur zum Theil auf einer Compression der Pfortaderäste in der Leber beruhte, war derselbe ein mässiger; in den 7 Fällen, in denen er durch Compression der Pfortaderäste in der Leber oder nebstbei des Pfortaderstammes und seiner Hauptäste in der Porta hepatis bedingt war, war derselbe nur 1 mal (I. Beob.) ein mässiger, sonst ein sehr bedeutender, so dass in 5 dieser Fälle die Paracentese des Abdomens ein oder mehrere Male erforderlich war. Unter den letzten 7 Fällen war die Leber nur 3 mal verkleinert, 1 mal (IV. Beob.) mässig und 3 mal (2., 6. und I. Beob.) sehr bedeutend vergrössert.

Viel häufiger als durch die Rückstauung des Blutes im Pfortadergebiete kommt eine mehr minder beträchtliche Milzschwellung bei der Lebersyphilis mehr direct durch die Syphilis im Allgemeinen bedingt vor; man findet dieselbe entweder durch Hyperplasie oder amyloide Degeneration oder durch Syphilombildung bedingt.

Bei meinen 19 Fällen fehlte die Milzschwellung 5 mal (Beob. 4, 5, III, VII und XII); 5 mal (Beob. I, II, V, VI, IX) war sie nur durch die Syphilis an und für sich bedingt, 5 mal (Beob. 2, 7, IV, VIII, XI) durch Syphilis und durch Stauung des Blutes im Pfortadersystem in Folge der Lebererkrankung, 3 mal (Beob. 6, I, X) durch die letzterwähnte Blutstauung allein und schliesslich 1 mal (Beob. III.) durch Blutstauung in Folge von Pneumonie und Pericarditis. In einem Falle (Beob. VI) war die Milz von zahlreichen Syphilomen durchsetzt und 1 mal war sie sehr

gross (31 Ctm. lang, 16 Ctm. breit). — Der Collateralblutlauf war bei meinen 19 Fällen nur 1 mal (Beob. IV) gut entwickelt, sonst nur noch 3 mal etwas angedeutet. Icterus findet sich bei der Lebersyphilis nur sehr selten; Bamberger und Gubler fanden ihn in keinem ihrer Fälle, Dittrich nur bei vorhandenen Complicationen, Frerichs nur 3 mal u. z. 1 mal neben Perihepatitis syphilit., 1 mal bei gleichzeitig vorhandenen geschwollenen Lymphdrüsen in der Porta hepatis und 1 mal in Folge der Obliteration eines grossen Gallenganges durch eine von der concaven Fläche der Leber ausgehende Narbe. Was meine 19 Fälle anlangt, so fehlte der Icterus gänzlich 10 mal; 1 mal war eine Spur davon vorhanden, als er mit einer Pneumonie behaftet, zur Beobachtung kam; sonst war derselbe spurweise vorhanden 2 mal (Beob. V, VI), spurweise an der Haut und Conjunctiva, ziemlich stark in der Leber und im Harne 1 mal (Beob. VII), in geringem Grade 3 mal (Beob. I, IV, 6) und schliesslich 2 mal ziemlich stark (Beob. 2, XII). Was die beiden letzteren Fälle anlangt, so war derselbe in der 2. Beob. auf eine Compression der Gallenwege an der Porta hepatis durch vergrösserte Lymphdrüsen und auf eine starke Verdickung der Leberkapsel, in der XII. Beob. auf Blutstauung von Seite der Erkrankung der Brustorgane zurückzuführen. Schliesslich waren in der 6. Beob. (leichter Icterus) die Lebergefässe von klaffenden, stellenweise über 3 Linien weiten, mit dünner galliger Flüssigkeit und dickbreiigen oder festeren, jedoch leicht zerbröckligen, dunkelgrünen, bis schwärzlichen, concrementähnlichen Massen erfüllten Gallengängen begleitet.

Nach Gubler und Leudet tritt bisweilen schon in einer früheren Zeit der secundären Periode der Syphilis ein gewöhnlich nicht lange dauernder und wenig intensiver Icterus auf. Gubler fasst ihn als durch fluxionäre Leberhyperämie bedingt auf, nach Lancereaux könnte er durch Lymphdrüsenschwellung an der Leberpforte bedingt sein, andere Autoren halten ihn für einen katarrhalischen; in einem Falle von Biermer[1]) dürfte derselbe von der bereits vorhandenen syphilitischen Hepatitis abzuleiten sein. Goodrige hat bei einem 20jährigen Manne im 2. Monate nach der Infection während des Bestehens von Roseola und Hals-

[1]) Thierfelder l. c. p. 208.

affection eine acute, gelbe Leberatrophie beobachtet. Auch Laporte[1]) theilt einen Fall von schwerem Icterus bei secundärer Syphilis mit.

Die meisten Kranken haben bei der Lebersyphilis eine erdfahle Hautfarbe; nach Lancereaux kommt bei dieser Erkrankung auch die Broncefärbung der Haut nicht selten vor, und im Falle Schützenberger's, sowie in 2 Fällen von Oppolzer (mitgetheilt von Pleischl und Klob[2]), sowie in meiner 3. Beob. fand sich ein blassbräunliches Colorit.

Störungen der Magen- und Darmfunction stellen sich in sehr vielen Fällen ein, nach und nach immer intensiver werdend. Häufig bieten die Kranken die Erscheinungen einer mehr minder weit vorgeschrittenen Cachexie dar und nicht selten findet sich auch Albuminurie und Ausscheidung von Harncylindern und Epithelien der Harnkanälchen in Folge von parenchymatöser oder amyloider Erkrankung der Nieren.

Diagnose.

Die Diagnose der Lebersyphilis stützt sich vor allem Anderen darauf, dass das Individuum, bei welchem sich ein Leberleiden mit den soeben geschilderten Erscheinungen vorfindet, auch sonstige Erscheinungen der hereditären oder acquirirten (hier namentlich tertiären) Syphilis darbietet, oder dass wenigstens sicher constatirt ist, dass dasselbe vor einiger, namentlich längerer Zeit Syphilis acquirirt hatte.

Die gelappte syphilitische Leber kann noch am leichtesten mit Leberkrebs verwechselt werden. Für die Lebersyphilis spricht jedoch ausser dem soeben hervorgehobenen Momente eine etwa vorhandene grosse Unregelmässigkeit der Form der zumeist verkleinerten Leber, eine etwa vorhandene Milzschwellung und Albuminurie insoferne, als bei der Lebersyphilis die erstere sehr häufig, die letztere nicht selten vorhanden ist, während beide dem Lebercarcinom nicht zukommen; ferner die durch Verwachsung mit der Nachbarschaft bedingte respirat. Unbeweglichkeit der Leber,

[1]) Symptomes d' ictère grave observés dans le cours d' une syphilis. Thèse. Paris. Virch. u. Hirsch's Jahresb. 1879 II. p. 532.

[2]) l. c.

da sich eine solche bei der Lebersyphilis gewöhnlich, beim Lebercarcinom nur ausnahmsweise findet; ferner das jugendliche Alter, insoferne als vor dem 40. Jahre die Lebercarcinome zu den grössten Seltenheiten gehören, und schliesslich in manchen Fällen auch die relativ lange Dauer der Krankheit. Mitunter kann auch das Verhalten der Knollen zur Unterscheidung der beiden Processe dienen. So spricht für Lebersyphilis nach Bamberger das lange Stationärbleiben solcher Knollen und ihre Configuration, die nicht so regelmässig rund ist, wie beim Medullarkrebs der Leber; so sind nach Lancereaux die knolligen Erhebungen an der Oberfläche der syphilitischen Leber deutlicher umschrieben als diejenigen beim Leberkrebs; so ist schliesslich in manchen Fällen die Abschnürung einzelner Knollen bei der Lebersyphilis eine so bedeutende, dass hier ein Carcinom gar nicht in Betracht kommen kann.

Wenn die Lebersyphilis unter dem Bilde der Lebercirrhose verläuft, so wird man dann die Diagnose auf Lebersyphilis stellen können, wenn Syphilis vor längerer Zeit vorhergegangen oder gar noch in anderen Organen nachweisbar ist, wenn sich ferner der Missbrauch alkoholischer Getränke ausschliessen lässt, wenn sich allenfalls an der Oberfläche der Leber auch einzelne grössere Höcker nachweisen lassen und wenn die Gestalt der verkleinerten Leber von derjenigen, wie wir sie bei der Leberscirrhose finden, mehr minder abweicht (wenn z. B. der linke Leberlappen weniger verkleinert ist als der rechte etc.).

Bei neugeborenen Kindern kann man nach Gubler mit einiger Wahrscheinlichkeit Lebersyphilis vermuthen, wenn dieselben die Zeichen der Lues darbieten, wenn gleichzeitig ihre Leber vergrössert und hart ist und die Erscheinungen der Peritonitis und des allgemeinen Marasmus vorhanden sind.

Verlauf und Dauer.

Die Lebersyphilis ist ein chronischer, sich oft über viele Jahre erstreckender Process. Nur bei der hereditären Lebersyphilis kommt es schon einige Stunden oder Tage nach der Geburt, selten erst im 2. oder gar 3. Monat zum Tode. Martineau[1]) beschreibt übrigens auch eine acute hypertrophische Cirrhose bei

[1]) L'Union 1875. 108; Schmidt's Jahrb. 172. p. 247.

einer 28jährigen syphilitischen Frau (Dauer einige Wochen). Ob die Fälle von Lebercirrhose, die man in seltenen Fällen bei 10 bis 15jährigen Kindern gefunden hat, als eine Weiterentwicklung der hereditären Syphilis (Rindfleisch) aufzufassen sind, und ob die 3 Fälle von Lebersyphilis, die Dittrich bei 11—18jährigen Individuen gefunden hat, so zu deuten sind, wie dies dieser Autor thut, dass nämlich bei congenitaler Syphilis die Lebererkrankung erst in diesem Alter zum Ausbruch kommen könne, dürfte sehr schwer zu entscheiden sein. In meinen 19 Fällen war die Dauer des Processes unbekannt 9 mal; sonst betrug dieselbe ungefähr je 1 mal $4^1/_2$, 5, 6, 7, 9, 10, 11 Monate und $1^1/_2$ Jahre, ausserdem 2 mal etwa $1^1/_4$ Jahr.

Ausgang.

Was meine Fälle anlangt, so kam es 2 mal (X., XI. Beob.) zur Genesung, 1 mal (I. Beob.) zu einer wesentlichen Besserung und 16 mal zum Tode.

Dieser letztere war bedingt:

3 mal (4., VI., IX. Beob.) durch Pneumonie;

1 mal (3. Beob.) durch Pneumonie und Pericarditis;

1 mal (5. Beob.) durch Lungentuberculose und Follicularverschwärung des Dickdarmes;

1 mal (XII. Beob.) durch Bronchiectasie;

1 mal (III. Beob.) durch Trachealstenose und Retropharyngealabscess;

2 mal (I., VIII. Beob.) durch Peritonitis;

1 mal (II. Beob.) durch M. Brightii, Erysipel und beiderseitige Pleuritis;

1 mal (IV. Beob.) durch Hirnanämie (plötzlicher Tod beim Sitzen);

3 mal (2. 6., 7. Beob.) durch Erschöpfung;

1 mal (V. Beob.) durch Diphtheritis des Rachens;

1 mal (VII. Beob.) durch Sinusthrombose und Pachymeningitis.

Complicationen.

Die Complicationen der Lebersyphilis scheide ich in solche, welche ebenfalls durch Syphilis hervorgerufen worden sind und in solche, welche einen anderen Ursprung haben.

Was nun die ersteren anlangt, so finden sich unter meinen Fällen folgende vor:

a) Milzerkrankungen. Dieselben wurden schon früher besprochen.

b) Nierenerkrankungen 5 mal u. z. 2 mal in Form des chronischen Morbus Brightii im Stadium der fetten Degeneration (6. und II. Beob.) — 2 mal in Form der Granularatrophie der Nieren (7. und V. Beob.) — und 1 mal in Form der Fettentartung der Nieren.

c) Knochenaffectionen 7 mal u. z. in Form von Periostitis' Knochengeschwüren oder Knochennarben 4 mal (1., 7., VII., IX. Beob.) — in Form einer Exostose am Olecranon 1 mal (3. Beob.) — in Form von Sklerose des Schädeldaches 1 mal (IV. Beob.) und schliesslich 1 mal (2. Beob.) höchst wahrscheinlich ein Syphilom der Schädelknochen.

d) Lungenaffectionen 5 mal u. z. 1 mal (I. Beob.) in Form eines bohnengrossen Syphiloms in der r. Lungenspitze und 4 mal (5., 7., V., VI. Beob.) in Form der chronischen interstitiellen Lungenentzündung (Bindegewebswucherung). Vielleicht gehört auch die XII. Beob. hierher, in der sich Bronchiectasie und Lungenanwachsung fand.

e) 1 mal (III. Beob.) Stenose des r. Bronchus.

f) Geschwüre oder Narben im Kehlkopfe 3 mal (I., IV. und VI. Beob.).

g) Geschwüre oder Narben an der Haut 4 mal (1., 3., 7., IV. Beob.).

h) Hirnerkrankung in Form eines apoplectischen Anfalles mit Hemiplegie etc. und nachfolgender Heilung 1 mal (V. Beob.). Vielleicht gehören auch die apoplectischen Cysten der XII. Beob. hierher.

i) 1 mal Narben am Pancreasschweife und an den amyloid entarteten Nebennieren (7. Beob.).

k) 1 mal (V. Beob.) Hydrocele und Hydrops des Proc. vagin. linkerseits.

l) 1 mal (3. Beob.) griff die chron. Perihepatitis auch noch weiter auf das Peritoneum hinaus.

m) Einige Male Nasenhöhlen- oder Rachenaffectionen.

Von der Syphilis unabhängige Complicationen fehl-

ten nur in 2 Fällen, in den übrigen Fällen konnten 1—4 complicirende Processe notirt werden. Als solche wurden von mir beobachtet:

Die Pneumonie 4 mal (3., 4., VI., IX. Beob.).
Lungentuberculose 3 mal (5., 6., VII. Beob.).
Pleuritis 2 mal (6., II. Beob.).
Tuberculose der Pleura 1 mal (6. Beob.).
Pericarditis 2 mal (3., I. Beob.).
Hypertrophie und Dilatation des Herzens 2 mal (III., XII. B.).
Chronische Endocarditis 2 mal (3., 4. Beob.).
Haematoma durae matris 2 mal (VI., VII. Beob.).
Marant. Thrombose des Hirnsinus 1 mal (VII. Beob.).
Retropharyngealabscess 1 mal (III. Beob.).
Rachendiphtheritis 1 mal (V. Beob.).
Peritonitis 3 mal (I., VIII., XI. Beob.).
Verkäsung der Retroperitonealdrüsen 1 mal (2. Beob.).
Tuberculose des Darmes 1 mal (VII. Beob.).
Follicularverschwärung des Dickdarmes 1 mal (5. Beob.).
Erysipel des Gesichtes 2 mal (I., II. Beob.).
Scorbut 1 mal (1. Beob.).

Prognose.

Dass die Lebersyphilis auch dann noch bisweilen heilbar ist, wenn dieselbe zu hochgradigen, das Leben ungemein gefährdenden Störungen geführt hat, zeigt unzweifelhaft meine XI. Beobachtung, und höchst wahrscheinlich auch meine X. Sonst wurde in solchen deutlich ausgesprochenen Fällen durch zweckmässige Behandlung eine mehr minder bedeutende Besserung (1. Beob.) oder ein Stillstand des Processes für eine längere Zeit erzielt. Dass die Heilung öfters erfolgen würde, wenn man die Diagnose früher stellen könnte, ergibt sich daraus, dass man bei der Obduction syphilitischer, an anderen Krankheiten verstorbener Individuen nicht selten Narben und Lappung der Leber findet, ohne dass ein frischer syphilitischer Process in derselben vorhanden wäre.

Therapie.

Die Therapie ist dieselbe, wie bei der tertiären Syphilis überhaupt. Jodpräparate sind jedenfalls zunächst zu versuchen und erst später das Quecksilber. Sonst ist die Behandlung eine symptomatische. Wenn Thierfelder behauptet, dass in den Fällen, in denen

Marasmus höheren Grades oder ein stärkerer von einer Leberkrankheit abhängiger Ascites besteht, nur noch eine diätetisch roborirende und symptomatische Behandlung am Platze ist, so widerspricht dem meine XI. Beobachtung, in welcher selbst nach 11maliger, in kurzen Pausen vorgenommener Punction des Ascites die antisiphylitische Behandlung dennoch Heilung herbeiführte, ferner meine XI. Beob., in welcher zwei Paracentesen des Abdomens in einem Intervalle von 16 T. vorgenommen werden mussten und unter der inzwischen eingeleiteten Behandlung mit Jodkalium und einem Diureticum Genesung erfolgte, ferner meine 1. Beob., in welcher trotz leichter scorbutischer Affection des Zahnfleisches etc., die Jodkaliumbehandlung und nachfolgende Schmierkur eine wesentliche Besserung zu Stande brachte, ebenso der Fall von Lacombe[1]), in welchem der Ascites unter Jodkalibehandlung das 1. mal in 5 Wochen und das 2. mal (aufgetreten nach einer Pause von $1^1/_2$ Jahren) in 6 Wochen schwand und erst nach 3 Jahren vom Beginne des Leidens der Tod unter urämischen Erscheinungen und Hydrops in Folge der Nierenerkrankung erfolgte.

Hierher gehört auch ein Fall von Biermer[2]), der ein 25jähriges Mädchen mit colossaler Leberschwellung und Ascites betraf und unter Gebrauch von Dct. Zittmannii und Jodeisen sich derart besserte, dass der Ascites schwand und die Patientin wieder ihrem Berufe nachgehen konnte; die Leber wurde lappig, blieb aber vergrössert.

Meine Beobachtungen.

Im Nachfolgenden theile ich meine Beobachtungen über Lebersyphilis mit; die 1., 2., 6. und 7. Beob. habe ich bereits an anderen Orten publicirt, über die 3., 4. und 5. Beob. berichte ich nur in möglichster Kürze, die I.—XII. Beob. jedoch ganz ausführlich.

1. Zur Casuistik der Leberkrankheiten. Wochenbl. d. Ztschr. d. Ges. d. Aerzte in Wien. 1862. 3. Beobachtung.

2. Zur Casuistik der Leberkrankheiten. Med.-chir. Rundschau 1864. 8. Beobachtung.

---

[1]) Syphilis du foie et des reins etc. Le mouvement méd. 1873 Nr. 7. Virch. u. Hirsch's Jahresb. 1873. 2. Bd. p. 582.

[2]) Ueber Lebersyphilis. Verhandl. d. schles. Gesellsch. Sitzg. 14. Juli 1876. Diese Vierteljhrsch. 1876. p. 654.

3. H . . . . . r, 42 Jahre alt, Wagnermeister des k. k. Hofzugstalles, starb 1868 an Pneumonie und Pericarditis. Bei der Section fand man die Leberkapsel an der ganzen Oberfläche stark verdickt, hellgrau und mit der Kuppel des Zwerchfelles innig verwachsen. Die Leber gross; ihr unterer Rand wulstförmig, ihre Oberfläche unter der Kapsel von unregelmässigen, seichten Narben durchzogen, won welchen aus sich das Narbengewebe noch eine Strecke weit in das Leberparenchym erstreckt; das Parenchym zähe, leicht zerreisslich, dunkelbraun. Die Milz gross: ihr Gewebe weich, mürbe, dunkelrothbraun. Sonst noch Anwachsung beider Lungen im ganzen Umfange, Verwachsung des unteren Endes des grossen Netzes mit der Vorderfläche des Coecum und des oberen Theiles des S. rom. und mit dem Dünndarmgekröse; Exostose am r. Olecranon; an der Rückenseite des l. Ellbogengelenkes strahlige Hautnarben. Pneumonie. Pericarditis. Narben am Endocardium. Leichte Verwachsung zweier Aortenklappen. — Ob und wann eine Primäraffection vorhanden war, wurde nicht constatirt.

4. Bei einer 52jährigen, an einer rechtsseitigen Pneumonie verstorbenen Dienstmagd, die von einer syphilitischen Primäraffection keine Erwähnung gemacht hatte, fand man bei der Obduction die Leber bedeutend vergrössert, an der convexen Fläche stark abgeflacht; ihren Peritonealüberzug verdickt und sehnig weiss glänzend; an der Leberoberfläche hie und da sternförmig verästelte Narben, von denen in das Parenchym Bindegewebszüge eindringen; die Lebersubstanz hart, leicht brüchig, körnig, braungelb.

5. Bei einem 39jährigen Privaten, der an Tuberculose der Lungen und Follicularverschwärung des Dickdarmes verstorben war und bei dem die zwei Monate vor dem Tode vergrösserte Leber sich nach und nach verkleinert hatte, fand man bei der Obduction: die Leber verkleinert, den Rand des rechten Lappens hautähnlich zugeschärft; ihre Oberfläche an streifen- und strahlenförmigen Stellen eingezogen und daselbst den Peritonealüberzug verdickt und von diesen Stellen in das harte, braune Leberparenchym auf kurze Strecken Bindegewebszüge sich erstreckend. Primäraffection vor 14 Jahren.

6. Die Gallensteine. Wiener allgemeine medic. Zeitung 1880. 6. Beobachtung.

7. Wiener med. Wochenschr. 1877. Nr. 33.

I. Beobachtung. Syphilitische Hepatitis mit reichlichen Gummata, mit vielen Narben an der Leberober-

fläche und Abschnürung eines grossen Theiles des linken Leberlappens. Anwachsung der Leber. Pericarditis. Erysipel und Peritonitis führen das lethale Ende herbei.

E. K . . . e, Kriegs-Kanzellist, 42 Jahre alt, verheirathet. Die Eltern haben ein hohes Alter erreicht (die Mutter 80 Jahre) und seien gesund gewesen. Pat. selbst soll in der ersten Kindheit kränklich, später gesund und kräftig gewesen sein. Pat. habe 2mal Tripper gehabt; das erste Mal 1844, wo er vier Wochen deshalb im Spitale zubrachte; das zweite Mal 1849, wo sich auch ein linksseitiger Bubo hinzugesellte, der nach der Incision in 14 Tagen verheilt sein soll. Einen Schanker will er nie gehabt haben. Bis 1864 habe er nur an Stuhlträgheit gelitten, sich aber sonst vollkommen wohl gefühlt, ja er sei ziemlich beleibt gewesen. Da traten im Juli herumziehende, reissende Schmerzen, hauptsächlich in den Gelenken der Finger und der unteren Extremitäten mit leichter Schwellung um die Sprunggelenke auf. Diese Schmerzen sollen besonders bei jedem Witterungswechsel aufgetreten sein. Gleichzeitig fühlte er eine gewisse Schwäche in den unteren Extremitäten und allmälige Abmagerung gesellte sich hinzu (Pat. habe in den letzten Jahren eine Wohnung im 3. Stocke gehabt). Die Stuhlträgheit wurde intensiver und zeitweise stellte sich ein leichtes Frösteln ein. Ueber ärztliches Anrathen begab sich Pat. nach Baden, wo er jedoch nur kurze Zeit verblieb. Hier will Pat. bemerkt haben, dass seine Leber angeschwollen sei, und es wurde ihm deshalb der Gebrauch von Mineralwässern empfohlen. Seit dieser Zeit habe Pat. das Gefühl von Vollsein im rechten Hypochondrium und ein Gefühl von bedeutender Spannung des Unterleibes, welche Erscheinungen durch längeres Sitzen so gesteigert wurden, dass er sich öfters genöthigt sah, seine Arbeit zu unterbrechen. Dabei wurde er auch bei Stiegensteigen kurzathmig. Dieses schmerzhafte Druckgefühl im Unterleibe und insbesondere unter dem rechten Hypochondrium steigerte sich immer mehr und mehr, so dass Pat. seit April 1865 seine Beschäftigung, die ihn zum täglichen 5stündigen Sitzen beim Schreibtische zwang, aufgeben musste. Allmälig schwoll sein Unterleib immer mehr und mehr an, es stellten sich zeitweise heftige Schmerzen namentlich in der epigastrischen Gegend ein, bisweilen auch Kopfschmerzen, die von anhaltendem Ohrensausen begleitet waren, und ausserdem ein sehr heftiges Jucken an den verschiedensten Körperstellen, besonders an den Extremitäten und am Rücken, das den Pat. zum starken Kratzen

zwang und ihm die Nachtruhe raubte. Trotzdem der Appetit erhalten war, nahmen die Kräfte immer mehr ab und Pat. liess sich daher am 20. November 1865 auf Duchek's Klinik aufnehmen. In der letzteren Zeit hatte er auch die Nase mehr minder verstopft und die Nasenöffnungen mit oft blutigen Krusten bedeckt. Status praesens: Pat. von kräftigem Knochenbaue, mässig entwickelter, schlaffer Musculatur. Leichter Icterus. Die Haut normal temperirt; das Unterhautzellgewebe mässig fetthaltig. Am Stamme und an den Extremitäten zahlreiche frische und alte Kratzefflorescenzen und davon herrührende Pigmentflecke. Geringe Schwäche. Kein Kopfschmerz. Ohrensausen; an den äusseren Gehörgängen nichts Abnormes nachweisbar. Von Seite der Hirnnerven keine Störung. Die Mund- und Rachenschleimhaut stark geröthet und mässig geschwellt. Thorax kurz, breit, gut gewölbt; seine rechte Hälfte kürzer und breiter als die linke. Respiration nicht beschleunigt, vorzugsweise costal. Der Herzstoss im vierten Intercostalraume schwach tastbar, der erste Aortenton etwas protrahirt; sonst am Herzen nichts Abnormes. R. H. U. vom 6. Brustwirbel nach abwärts Dämpfung und abgeschwächtes Athmen; R. H. in der Mitte rauh, vesiculäres Athmen. Sonst an den Lungen nichts Abnormes. Der Unterleib ist ziemlich stark vorgewölbt, weich, entsprechend der Lebergegend gegen Druck ziemlich stark empfindlich. Die obere Lebergrenze lässt sich durch die Percussion an der normalen Stelle nachweisen; die untere Lebergrenze befindet sich in der r. Axillarlinie fast am Darmbeinkamme, in der r. Papillar- und in der Medianlinie 1 Plessimeter oberhalb der horizontalen Nabellinie, in der linken Parasternallinie bis 1 Plessimeter unterhalb des Rippenbogens. Der vordere Rand des r. Leberlappens ist dick und hart; die Oberfläche beider Leberlappen zeigt eine ziemliche Resistenz; entsprechend dem linken Lappen findet man eine etwa thalergrosse, runde, härtliche, gegen 3 Linien hohe Erhabenheit und unterhalb des Proc. xyphoid. eine zweite ähnlich beschaffene. Sonst sind an der Leberoberfläche keine Prominenzen oder Vertiefungen nachweisbar. Entsprechend dem rechten Leberrande findet sich in der Parasternallinie der Gallenblaseneinschnitt. Die Lebergegend ist gegen Druck mässig empfindlich. Die Gallenblase ist nicht zu tasten. Nach abwärts und links vom linken unteren Lappen, von demselben durch eine querfingerbreite helltympanitisch schallende Furche getrennt findet sich ein conischer, mit der nach aufwärts und rechts leicht concaven

Basis gegen den vorderen unteren Rand dieses Lappens und mit der abgerundeten Spitze nach abwärts und links gerichteter Tumor mit glatter mässig convexer Oberfläche, abgerundeten seitlichen Rändern versehener Tumor, entsprechend welchem der Percussionsschall namentlich gegen seine Mitte gedämpft ist und welcher sich wohl nach aufwärts gegen die Leber, nicht aber nach abwärts von derselben verschieben lässt. Die Leber macht die Respirationsbewegungen nicht mit. Ebenso verschiebt sich die Leber bei Lagerung des Pat. auf die rechte oder linke Seite nicht merklich, nur der nach abwärts vom linken Leberlappen befindliche Tumor macht leichte seitliche Verschiebungen. Die Milzdämpfung vom oberen Rande der 7. Rippe bis zum unteren der 11. und nach innen bis zum Rippenbogen. Mässiger Ascites. Sputa spärlich, zähschleimig. Der Harn in geringerer Menge, bräunlich gelb, enthält Gallenfarbstoff und Gallensäuren. Therapie symptomatisch.

27.—29. Nov. fieberte Pat. etwas, hatte ein Gefühl von Trockenheit im Munde und seine Nase war mit braunen Borken verstopft, nach deren Entfernung leichte Blutung eintrat. Die Spannung des Unterleibes und die Schmerzhaftigkeit der Lebergegend hat zugenommen, ebenso die Vergrösserung der Leber und Milz. 30. Nov. — 4. Dec. Kein Fieber. Der Stuhl leicht diarrhoisch. Pat. fühlt sich wohler. 5. Dec. Das Jucken sehr heftig. Die Kratzefflorescenzen sind an den Unterschenkeln, namentlich gegen die Sprunggelenke am intensivsten, etwas geringer am Rücken, noch geringer an den Vorderarmen, den Oberschenkeln und an den Oberarmen. Die Genitalien sind frei. Die Leistendrüsen nicht geschwellt (Sapo viridis und Bäder). 6.—20. Dec. Das Jucken etwas geringer. Wieder Stuhlträgheit und dabei stärkere Auftreibung und Schmerzhaftigkeit des Unterleibes, was sich nach durch Abführmittel herbeigeführten Stuhlentleerungen mildert. Zeitweise Nasenbluten. Am 20. Dec. ging mit dem Stuhle auch ziemlich viel Schleim und Blut ab. 22. Dec. Im Stuhle kein Blut mehr und nur wenig Schleim. Die Leber ist wieder grösser geworden u. zw. sowohl nach ab- als auch nach aufwärts; hier beginnt sie in der Papillarlinie schon an der 5. Rippe und nach abwärts erstreckt sie sich bis fast in die Höhe der Spina ossis ilei ant. sup. Die Milz überschreitet den Rippenbogen um $1^1/_2$ Plessimeter. 30. Dec. Das Jucken ist wieder stärker. Sonst Stat. idem. 2. Jänn. Pat. fiebert mässig, hat stärkere Schmerzen im Unterleibe und in den unteren Extremitäten.

Stuhl wird durch milde Abführmittel im Gang erhalten. 4. Jänn. Das Fieber ist geringer; Pat. fühlt sich wohler. 8. Jänn. Pat. klagt über Kurzathmigkeit. An den Lungen die Zeichen eines Bronchialkatarrhs. Frösteln abwechselnd mit Hitze. Die Nase ganz verstopft durch Borken. 9. Jänn. Mässiges Fieber. Acute katarrhalische Angina. 11. Jänn. Die Angina ziemlich stark. Erysipel der Nase, der rechten Wange und des rechten unteren Augenlides. Starkes Fieber. 12. Jänn. Das Erysipel erstreckt sich auch über das rechte obere Augenlid, sowie über die linke Wange. 13. Jänn. Das Erysipel hat auch die rechte Parotisgegend und die oberen Partien des Halses ergriffen. 14. Jänn. Das Erysipel ist nicht weiter fortgeschritten. In der Nacht stellte sich Diarrhöe (5 Entleerungen) und Erbrechen ein. Das Erbrochene besteht aus einer gallig gefärbten, übelriechenden Flüssigkeit. Der Unterleib ist stark aufgetrieben und überall stark druckempfindlich. Pat. collabirt. — Der Collapsus nahm rasch zu und um 3 Uhr Nachmittags erfolgte der Tod.

Auszug aus dem Sectionsprotokolle: Körper stark abgezehrt. Allgemeine Decken schmutzig gelblich, von zahlreichen schmutzig rothen breiten Streifen durchzogen. Die Haut des Gesichtes, namentlich rechts stark geschwollen, hart, dunkelgrau, mit gelblich grünen, vertrockneten Krusten bedeckt. Der Unterleib stark ausgedehnt und fluctuirend. Am Schädel, am Gehirn und seinen Häuten nichts Abnormes. Am r. oberen Stimmritzenbande finden sich zwei, fast unter einem rechten Winkel zusammenstossende, 4·4 Mm. lange, spaltförmige, eingezogene Narben. Das Zwerchfell steht rechts am unteren Rande der 3., links am oberen der 4. Rippe. Die Oberfläche der rechten Vorkammer, sowie die im Herzbeutel liegenden Theile der V. cava ascendens und descend. sind mit einer dicken Lage einer gelblich grauen, mürben, dem Pericard ziemlich fest anhaftenden Masse bedeckt und mit den correspondirenden Partien des parietalen Herzbeutelblattes verklebt. Sonst ist das Herz mit dem Herzbeutel durch leicht zerreissliches und von einer gelblichen serösen Flüssigkeit durchtränktes Bindegewebe verwachsen. Der Herzmuskel ist schlaff, mürbe, leicht zerreisslich, bräunlich grau. Die innere Fläche der rechten Lunge ist an die anliegende Partie des Herzbeutels durch eine dicke zähe, hautartige Gerinnung fest verklebt. In der rechten Lungenspitze findet sich ein bohnengrosser, aus einer gelblich weissen trockenen, leicht zerreiblichen Masse bestehender Knoten, in dessen

unmittelbarster Umgebung das Lungengewebe leicht verdichtet und schiefergrau ist. Im Bauchfellsacke eine grosse Menge hochgelber, trüber, mit gelblichen mürben Flecken untermengter Flüssigkeit angesammelt. Das Bauchfell ist bedeckt von einer dünnen Lage einer graulich gelben, mürben, leicht abstreifbaren Masse, durch welche die Dünndarmschlingen unter einander verklebt sind. Das Bauchfell selbst ist theils hellgrau, theils, namentlich an der Oberfläche des Dünndarmes, röthlich grau, in den beiden Leistengegenden sogar dunkelgrau gefärbt und von injicirten Gefässen durchzogen. Das subseröse Bindegewebe ist leicht durchfeuchtet. Die Leber sehr gross; ihr vorderer unterer Rand reicht in der Axillarlinie bis zum Darmbeinkamme, in der Papillarlinie bis in die Höhe der Spina ossis ilei ant. sup.; von da an läuft derselbe in einer nach aufwärts leicht convexen Linie fast horizontal bis 5·3 Ctm. nach links von der Medianlinie des Unterleibes und von da unter einem leicht abgerundeten Winkel von unten nach oben und ein klein wenig nach links. Die Oberfläche der Leber ist mit gelben mürben Gerinnungen bedeckt; ihr rechter Lappen ist mit dem Zwerchfell und der vorderen Brust- und Bauchwand theils leicht verklebt, theils durch viele 5·3 Mm. breite und fast eben so lange, röthlich graue, mit dunkelrothen Gefässstreifen versehene Bindegewebsstränge verwachsen. An der Oberfläche des rechten Lappens befinden sich mehrere strahlenförmige, tief eingezogene Narben, von welchen bis über 2·6 Ctm. lange Narbenstränge sich strahlenförmig in das Leberparenchym erstrecken. Ebenso ist der linke Leberlappen durch ähnlich beschaffene Narben an der Oberfläche flachhöckerig. Vom linken unteren Lappen ist die äussere untere Partie durch eine schief von unten und rechts nach oben und links durch die ganze Tiefe des Lappens verlaufende Narbe abgeschnürt; diese abgeschnürte Partie stellt einen conischen (stumpf dreieckigen), mit der Basis gegen die Schnürfurche, mit der stumpfen Spitze nach links und unten gerichteten, mit abgerundeten Rändern versehenen, ziemlich beträchtlichen Wulst dar, der sich nach vorne und hinten in ziemlichem Grade bewegen, förmlich umklappen lässt. Die untere Fläche des linken Lappens ist leicht uneben, diejenige des rechten mit ähnlichen Narben versehen, wie die obere Fläche, und mit der rechten Hälfte des Col. transvers. durch ähnlich beschaffene Bindegewebsstränge verwachsen, wie diejenigen sind, welche die Verbindung zwischen der Leber und dem Zwerchfelle, sowie der vorderen Brust- und Bauchwand herstellen.

Diese Bindegewebsstränge inseriren sich an die narbigen Vertiefungen der Leberoberfläche. Im sagittalen Durchmesser misst der rechte Leberlappen 26, der linke 23·7 Ctm., im frontalen der rechte 14, der linke 17 Ctm. Der Peritonealüberzug ist an den narbig eingezogenen Stellen sehnenartig verdickt, getrübt, weisslich grau; sonst ist derselbe dünn, hellgrau, schwach durchscheinend, hie und da jedoch an hirsekorn- bis bohnengrossen Stellen leicht verdickt, hellgrau, sammtartig. Das Lebergewebe ist schlaff, gelblich grau, stellenweise mürbe und leicht zerreisslich, stellenweise etwas zähe und schwer zerreisslich. In dem Leberparenchym finden sich theils zerstreute, theils in Gruppen beisammenstehende hanfkorngrosse, gelbe Knötchen, und ausserdem noch erbsengrosse, ja unter dem Peritonealüberzuge der unteren Fläche des linken Lappens sogar bohnengrosse, runde, gelblich graue, scharf abgrenzende Knoten, und ausserdem strahlige dunkelgraue Narbenstreifen. Die Milz ist über 31 Ctm. lang und über 15·5 Ctm. breit; der innere Rand derselben ist gekerbt; das Parenchym fast breiartig, mürbe, rothbraun. An den beiden Mandeln einige Narben.

Diagnose: Peritonitis. Syphilome in der Leber; syphilitische Narben an der Leberoberfläche. Narben am rechten oberen Stimmbande und an den Mandeln. Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel und der Leber mit dem Zwerchfell, mit der vorderen Brust- und Bauchwand und mit dem Colon transversum. Milztumor.

II. Beobachtung. Lebersyphilis. Morb. Brightii chron. Strictur der Harnröhre mit consec. Blasenkatarrh. Erysipel des Gesichtes. Beiderseitige Pleuritis.

M. K....l, Feldwebel, 33 Jahre alt, stamme von gesunden Eltern ab und sei bis vor 6 Jahren stets gesund gewesen. Da bekam er einen Harnröhren-Tripper, der erst nach 3 Monaten schwand. In den darauffolgenden Jahren sei er jährlich 2—3 Mal je 2—3 Monate mit Tripper behaftet gewesen. Der letzte Tripper sei erst vor 1 Woche abgelaufen. In den Jahren 1862 bis 1864 hatte Pat. einige weiche Schanker. Anfangs 1863 bemerkte Pat. Beschwerden bei der Harnentleerung; er konnte den Harn nicht gleich lassen, musste dabei die Bauchpresse stark mitwirken lassen, hatte dabei Schmerzen und häufig nach der Entleerung noch durch kurze Zeit Harndrang, wobei er nur einige Tropfen Harnes entleerte. In den darauffolgenden Monaten

verschlimmerte sich das Leiden insoferne, als Pat. in immer kleineren Zwischenräumen uriniren musste, ja im Juni 1863 bisweilen, besonders nach dem Genusse jungen Bieres, alle 5 Minuten. Da Pat. um diese Zeit wieder einen Schanker bekam, so klagte er dem Arzte auch über diese Beschwerden. Auf Anrathen des Arztes führte er sich Bougien ein, stand jedoch bald davon ab, da sich sein Zustand gebessert hatte. Von da an hielten die Harnbeschwerden, sich allmälig steigernd, an, ohne dass Pat. sie weiter beachtet hätte. In den Jahren 1863, 1864 litt Pat. 2 mal an Gelenksrheumatismus. Sein gegenwärtiges Leiden datirt Pat. vom Mai 1866. Da bemerkte er eines Abends, ohne dass in seinem bisherigen Krankheitszustande eine Veränderung eingetreten wäre, eine Anschwellung seiner Füsse. Diese Schwellung nahm allmälig zu und erstreckte sich Mitte Juli über die ganzen unteren Extremitäten. Nichtsdestoweniger ging Pat. noch seiner Beschäftigung (Kanzeleidienst) nach. Anfangs August begann auch der Unterleib anzuschwellen und Pat. habe bemerkt, dass sein Urin trüber und röthlich werde. Dazu gesellte sich bald Diarrhöe (5—6 Stuhlentleerungen täglich) und die Kräfte nahmen nun rasch ab, so dass sich Pat. am 26. Aug. ins Spital begab. Hier nahm die Diarrhöe nur etwas ab, der Hydrops steigerte sich und verbreitete sich auch auf die oberen Extremitäten und es entwickelte sich Athemnoth. Pat. habe seit 13 Jahren täglich wenigstens 3 Seitel Wein oder 4—5 halbe Liter Bier getrunken. Am 22. Oct. 1866 kam Pat. auf die Klinik Duchek's und bot folgenden Stat. praes. dar: Pat. gross, von kräftigem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur. Allgemeiner Hydrops anasarca, u. z. im Gesichte mässig, an den Extremitäten, am Stamme und Hodensacke ziemlich stark. Von Seite des Gehirnes und der Hirnnerven keine auffallende Störung. Der Thorax in den unteren Partien stark erweitert. Respiration nicht beschleunigt, aber etwas angestrengter und vorzugsweise costal. Der Herzstoss ist nicht tastbar, die Herztöne sind schwach, jedoch begrenzt. Entsprechend den Lungen vorne verschärft vesiculäres Athmen. Die hintere Thoraxfläche konnte nicht untersucht werden, weil man den Pat. nicht aufsetzen konnte. Der Unterleib ist sehr stark erweitert und gespannt. Die Bauchdecken sind stark ödematös. Ziemlich starker Ascites. Die Leberdämpfung erstreckt sich von der 5. Rippe bis zum Rippenbogen. Die Milz etwas vergrössert. Starkes Oedem des Penis und Hodensackes. Beim Einführen des Katheters Nr. 6 in die Harnröhre be-

merkt man drei stricturirte Stellen, u. zw. eine an der äusseren Mündung der Urethra, eine zweite am hinteren Ende der Pars cavernosa, und eine dritte in der Pars membranacea. Der Harn wird in mässiger Menge abgesondert, er ist strohgelb, stark sedimentirend, reagirt unmittelbar nach der Entleerung neutral, enthält viel Eiweiss, ausserdem Eiterkörperchen und Blasenepithelien; Cylinder wurden nicht gefunden. Stuhlentleerungen 1—3, breiig weich, gallig gefärbt. Sputum in geringer Menge, schleimig und schleimig citrig. P. 100. — (Morb. Brightii. Cat. vesicae urin. ex strict. urethrae).

Der Zustand schwankte nur innerhalb geringer Grenzen. Am 28. Nov. trat ein Erysipel des Gesichtes auf, das bis inclusive 1. Dec. fortgeschritten ist und sich wieder zurückbildete. Am 8. Dec. trat Athemnoth auf; Pat. collabirte und starb am 9. Dec. 11 Uhr Nachts.

Auszug aus dem Sectionsprotokolle: Die Haut rein weiss. Am Kreuzbeine ein 2 Zoll im Durchmesser haltender Substanzverlust der Epidermis. Unterleib aufgetrieben, stark fluctuirend. Die unteren Extremitäten stark ödematös. Die Haut des Scrotum an der Berührungsfläche mit den Schenkeln excoriirt. Aus der Harnröhre kann eine dünne gelbliche Flüssigkeit herausgepresst werden. Die weichen Hirnhäute stellenweise verdickt und weisslich getrübt, schwer zerreisslich. Am Gehirn, an der Dura mater, an den Hirnsinus, am Schädel nichts Abnormes. Das Unterhautzellgewebe fettlos; die Musculatur dünn, zähe, braunroth. Chronischer Katarrh des Kehlkopfes. Im linken Pleurasacke bis in die Höhe der halben Rippen trübe, mit leicht zerreisslichen, gelben Gerinnungen gemengte Flüssigkeit; die Pleura leicht verdickt und belegt mit leicht abziehbaren, weisslichen hautartigen Auflagerungen. Im rechten Pleurasacke bis in die Höhe der Rippenköpfchen gelbliche, trübe, Flocken enthaltende Flüssigkeit. Die rechte Lunge an der Spitze angewachsen. An den Lungen nichts Besonderes. Im Herzbeutel einige Unzen klarer gelblicher Flüssigkeit. An der vorderen Fläche der rechten Herzkammer ein unregelmässig viereckiger, je $^1/_2$ Zoll langer und breiter, weisslich gefärbter Sehnenfleck. Die Bauchhöhle ausgedehnt durch klare, gelbliche mit wenigen weisslichen Flocken gemengte Flüssigkeit. Die Leber reicht bis zum Rippenbogen; ihre Oberfläche ist an einzelnen Stellen uneben höckerig, durch kleine, höchstens hirsekorngrosse, warzige Erhabenheiten, an anderen Stellen, namentlich an der unteren Fläche des linken Lappens von zahlreichen, theils seichten, theils tieferen, weisslichen, narbigen

Einziehungen durchzogen, wodurch ihre Ränder vielfach gelappt sind. Die Substanz ist hart, undeutlich körnig brüchig, gelbbraun. Im Pfortaderstamme und den Pfortaderästen flüssiges dunkelrothes Blut. In der Gallenblase zähflüssige, braungelbe Galle. Die Milz 5 Zoll lang, 3 Zoll breit; ihre Kapsel an der vorderen Fläche stellenweise getrübt; ihre Substanz hart, undeutlich faserig brüchig, braunroth. Sonst noch Bright'sche Nierenentartung im Stadium der fettigen Degeneration. Strictur in der Urethra mit Geschwürsbildung. Chronische Entzündung der Harnblasenschleimhaut.

III. Beobachtung. Syphilitische Leberentzündung und Stenose des rechten Bronchus. Hypertrophie, fettige Degeneration und consec. Dilatation des ganzen Herzens. Schliesslich Retropharyngealabscess. Atrophie der Milz.

J. K..n, Riemer, 53 Jahre alt, ledig, stammte von gesunden Eltern ab. Pat. sei bis vor 3 Jahren gesund gewesen. Da (Herbst 1864) sei er während schnellen Gehens von einer so bedeutenden Athemnoth befallen worden, dass er längere Zeit stehen bleiben musste. Von da an blieb er durch 14 Tage kurzathmig und es stellten sich häufig, namentlich in der Nacht starke asthmatische Anfälle ein. Gegen Morgen warf Pat. eine grössere Menge zähen Schleimes aus. Nach diesem Zeitraume trat eine bedeutende Besserung ein, so dass Pat. nur zeitweise etwas hustete und nur beim schnelleren Gehen, Stiegensteigen, überhaupt bei körperlicher Anstrengung kurzathmig wurde; Herzklopfen habe er dabei nicht beobachtet. Im Frühjahre schwand der Husten und die Kurzathmigkeit vollständig, um mit Beginn des Herbstes 1865 wiederzukehren. Durch etwa 1 Monat waren diese Erscheinungen etwas stärker, dann wieder schwächer und verloren sich im Frühjahre wieder ganz. Im Herbste 1866 kehrten diese Erscheinungen wieder zurück und verloren sich seitdem nicht mehr, ja sie steigerten sich allmälig zu einem ziemlich bedeutenden Grade. Pat. will nicht zugeben, dass er jemals einen Schanker gehabt habe, dagegen gibt er an, seit einigen Jahren täglich 3—4 Seitel Wein getrunken zu haben und seit längerer Zeit wenig Appetit, häufiges Aufstossen, bisweilen auch Sodbrennen gehabt zu haben. Während der ganzen Zeit habe er keine Abmagerung wahrgenommen. Am 25. März 1867 kam Pat. auf Duchek's Klinik und bot folgenden Stat. praes.

dar: Pat. von kräftigem Knochenbau, gut entwickelter Musculatur, fetthaltigem Unterhautzellgewebe. Leichte Cyanose. Von Seite des Gehirnes und der Hirnnerven keine Störung. Hals kurz und dick. Die Supra- und Infraclaviculargruben sind gewölbt. Die Halsvenen mässig ausgedehnt u. zw. rechterseits stärker, als linkerseits. Thorax kurz, breit, gut gewölbt; seine linke Hälfte scheint kürzer und weiter zu sein, als die rechte. Das Athmen ist angestrengt, nicht beschleunigt; die Magengrube zieht zich beim Inspirium ein und der Kehlkopf steigt ziemlich stark nach abwärts. Entsprechend dem Kehlkopfe hört man beim Inspirium ein zischendes Geräusch schon in einiger Entfernung vom Kehlkopfe. Die Herzdämpfung in Form eines Dreieckes, dessen Spitze der Incis. sterni entspricht, dessen rechter Schenkel am rechten Sternalrande herabläuft, dessen linker Schenkel im 1. und 2. Intercostalraume 1 Plessimeter nach links von demselben, im 3. Intercostalraume in der linken Papillarlinie, im 4. und 5. Intercostalraume $1^1/_2$—2 Plessimeter nach links von derselben sich befindet; die Basis der Herzdämpfung befindet sich am unteren Rande der 6. Rippe. Der Herzstoss im 4. Intercostalraume nach aussen von der Papille schwach tastbar. Die Herz- und Gefässtöne sind begrenzt, der 2. Pulmenalton verstärkt. Einen halben Zoll nach innen von der Papille ist während der Systole ein schwaches anstreifendes Geräusch hörbar. Das Zwerchfell steht rechts unterhalb der 5. Rippe. Der Percussionsschall entsprechend den Lungen ist überall hell. Das Athmen ist rückwärts rauh vesiculär, rechts ist dasselbe deutlich schwächer als links, und rechts ausserdem in der Mitte und unten einzelnes unbestimmtes Rasseln. Ausserdem hört man R. H. oben und in der Mitte etwa bis zum 7. Brustwirbel gegen das Ende des Inspiriums dasselbe Zischen, welches am und in der Nähe des Kehlkopfes gehört wurde; dasselbe wird wohl auch L. H. oben bis zum 5. Brustwirbel aber viel schwächer, als rechts gehört. Der Unterleib mässig gewölbt. Die Leberdämpfung erstreckt sich bis zum Rippenbogen: die Milzdämpfung nicht nachweisbar. Die peripherischen Arterien mässig enge, Puls 76. Harn dunkelgelb, klar, ohne Eiweiss. 30. März. Heute Morgens 5 Uhr trat ohne jede Veranlassung ein Anfall der hochgradigsten Dyspnoe auf; Pat. verlor bald vollständig das Bewusstsein, reagirte nicht auf die stärksten Reize, hatte Trismus und Nackencontractur, war hochgradig cyanotisch; das Athmen war verlangsamt mit systolischer Einziehung der Magengrube und Herabsteigen des Kehlkopfes beim Inspirium,

der Puls kaum fühlbar. Von 8 Uhr Morgens besserte sich allmälig der Zustand, gegen Mittag kehrte das Bewusstsein grösstentheils zurück. Während des Anfalles entwickelte sich ziemlich rasch Oedem der Extremitäten, namentlich den unteren und derjenigen der rechten Seite. 31. März. Im Verlaufe des gestrigen Nachmittags gingen die gestrigen Erscheinungen wieder zurück; es blieb nur mässige Dispnoë und ein leichtes Oedem der unteren Extremitäten zurück. 1. April. Keine Dyspnoë. Der Harn enthält etwas Eiweiss. Nachmittags vorübergehend ein geringer Anfall von Dyspnoë. 2. April. Nachmittags durch einige Zeit ein stärkerer dyspnoischer Anfall. 3. April. Pat. hat schlecht geschlafen. Starke Athemnoth; Oedem hat zugenommen. Pat. klagt über Schmerzen im Halse beim Schlingen; die Rachenschleimhaut ist geschwellt und geröthet. — Nachmittags sind die Schmerzen im Rachen stärker, die Schleimhaut des Rachens ist stark geröthet und geschwellt; die Uvula und das Unterhautzellgewebe vorne und seitlich am Halse ödematös. Abends erstreckte sich das Oedem am Halse bis hinauf zum Unterkieferwinkel und nach abwärts auch über den oberen Theil der vorderen Brustwand. 4. April. Das Oedem vorne am Halse hat abgenommen, die Athemnoth ist bedeutend gross geworden. Gegen $^1/_2$9 Uhr Morgens wurde Pat. plötzlich hochgradig cyanotisch, machte einige Athemzüge und war todt.

Auszug aus dem Sectionsprotokolle: Körper mässig genährt. Die Haut schmutzig-weiss. Beide unteren Extremitäten, namentlich von den Knien nach abwärts, sowie der Penis und das Scrotum stark ödematös. Die Dura mater dick, zähe, gelblich weiss, im ganzen Umfange mit dem Schädeldache verwachsen. Die weichen Hirnhäute leicht verdickt und serös infiltrirt. Die Arterien an der Schädelbasis am Durchschnitte klaffend, stellenweise härtlich und an der inneren Wand mit gelblich weissen Platten belegt. Die Sinus der Dura mater enthalten dickflüssiges, schwarzrothes Blut. Das Zwerchfell steht rechts in der Höhe der 5. Rippe, links in der Höhe des 5. Intercostalraumes. Die Schleimhaut des Racheneinganges leicht verdickt, theils schiefergrau, theils röthlich grau gefärbt und am Zungengrunde mit einzelnen hirsekorngrossen Substanzverlusten besetzt. Die rechte Mandel etwa haselnussgross, am Durchschnitte von einzelnen, knochenähnlich harten, gelblich weissen Streifen durchzogen. Die Schleimhaut und das submucöse Bindegewebe der hinteren Rachenwand ist bis zum Anfangstheile des Oesophagus bis 1 Ctm. dick,

weich, gelbgrau und von dicklicher eiterähnlicher Flüssigkeit infiltrirt. Das Zäpfchen stark ödematös. Die Kehlkopfschleimhaut leicht verdickt, gelblich grau. Der Schild- und sämmtliche Rippenknorpel sind vollständig verknöchert. Im Herzbeutel klare, farblose Flüssigkeit. Das Herz ist sehr gross; seine Oberfläche entsprechend der r. Kammer mit mehreren kreuzergrossen Sehnenflecken besetzt. Die Musculatur der l. Kammer fast 1·5 Ctm. dick, leicht zerreisslich, hellgrau. Das Endocardium überall schmutzig roth. Die Klappen normal beschaffen. Im r. Bronchus schaumige, blutige Flüssigkeit; 3 Ctm. unterhalb der Theilungsstelle der Trachea findet sich in demselben eine die ganze Peripherie einnehmende, denselben spaltförmig verengende Narbe. Leichter Hydrops der l. Pleura. Die l. Lunge an ihrer Spitze, die r. in ihrer ganzen Ausdehnung durch kurzfaseriges zähes Bindegewebe angewachsen. Geringer Ascites. Die Leber reicht bis an den Rippenbogen: ihr unterer Rand ist durch mehrere tiefgehende Einschnitte gelappt; ihre Oberfläche ist mit dem Zwerchfell und der vorderen Brustwand verwachsen; ihre Substanz hart, feinkörnig, gelbbraun, schwarzroth gefleckt. Die Gallenblase enthält dünnflüssige, hochgelbe Galle. Die Milz nur etwa 1 Plessimeter lang und breit, an ihrer Spitze mit dem Zwerchfelle verwachsen; ihre Substanz hart, brüchig, schwarzroth. Sonst nichts Besonderes.

Diagnose: Abscess an der hinteren Pharynxwand. Narben in der Leber und im rechten Bronchus. Hydrops ascites und anasarca. Hypertrophie und Dilatation des ganzen Herzens.

IV. Beobachtung. Lebersyphilis mit Leberlappung, hochgradiger Ascites; fünfmalige Punction desselben. 13 Tage nach der letzten plötzlicher Tod.

J. H.....n, Hauptmann in Pension, 65 Jahre alt, stamme von gesunden Eltern ab, und sei in der Jugend gesund gewesen, bis auf einen Schanker, den er etwa in seinem 25. Lebensjahre acquirirte, und den er etwa in 8 Tagen heilte. Im Beginne des 4. Lebensdecenniums magerte er etwas ab, bekam ein gelbliches Hautcolorit und litt an Stuhlträgheit. Dieser Zustand verschlimmerte sich in seinem 32. J. derart, dass er fast bettlägerig wurde. Dabei habe sich unterhalb des rechten Rippenbogens eine fast faustgrosse Geschwulst vorgewölbt, die, sowie überhaupt die ganze Lebergegend, gegen Druck sehr empfind-

lich war; dabei habe Pat. stark gefiebert und lange Zeit keinen Stuhl gehabt. Nachdem er ein starkes Abführmittel in grosser Menge genommen hatte, kam es zu reichlichen Stuhlentleerungen und zur allmäligen Beseitigung seines krankhaften Zustandes. Doch sollen seit jener Zeit öfters Schmerzen in der Lebergegend aufgetreten sein. Im Jahre 1848—1849 habe er in Italien durch $1^1/_4$ Jahre an Wechselfieber gelitten. Hierauf sei er, bis auf zeitweilig in der Lebergegend aufgetretene Schmerzen gesund gewesen. Einige Jahre darauf bemerkte er nach längerem Stehen und Sitzen eine leichte Schwellung der Füsse, was jedoch nach einiger Zeit wieder verschwand. Dann sei er gesund gewesen bis zum September 1868. Da stellte sich verminderter Appetit, Schwäche und Anschwellung der Füsse ein. Vom 6. September hatte er durch einige Tage Frösteln abwechselnd mit Hitze und verminderte Harnabsonderung. Letztere Erscheinungen schwanden dann wieder, aber es trat allmälige Schwellung des Unterleibes und ein Gefühl von Schwere im rechten Hypochondrium auf. Dabei war der Stuhl meist flüssig und mit Schleim vermengt. Die Schwäche nahm allmälig zu, ebenso die Schwellung des Unterleibes. Dazu gesellten sich im Sept. 1869 weitere Störungen von Seite des Magens, als Aufstossen, Uebelkeit etc. und Kurzathmigkeit. Es musste bald die Punction des Unterleibes vorgenommen werden (23 Liter), die noch Ende September und 12. October wiederholt werden musste. Am 22. October 1869 wurde Pat. auf Duchek's Klinik gebracht und bot folgenden Status praesens dar: Patient gross, von kräftigem Knochenbaue, dünner schlaffer Musculatur und fettlosem Unterhautzellgewebe. Die Haut blassgelb. Mässige Schwäche. Von Seite des Gehirnes und der Hirnnerven keine Störung. Im Unterkiefer keine Zähne mehr; der Alveolarrand derselben atrophisch, die Zunge trocken, blassröthlich. Der Thorax kurz, breit, flach, nach unten zu sehr stark erweitert. Die Respiration langsam aber angestrengt, costal. Rechts vorne beginnt der dumpfe Schall in der Papillarlinie im 3. Intercostalraume. Die Herzdämpfung am l. Sternalrande vom 2. bis zum 4. Intercostalraume und an der 3. Rippe vom rechten Sternalrande bis zur linken Papille. Herzstoss im 3. Intercostalraume, etwas einwärts der Papille, sehr schwach. Die Herztöne sind schwach, der erste Ton ist protrahirt. Das Athmungsgeräusch vorne vesiculär. Der Unterleib sehr stark ausgedehnt, die Haut entsprechend dem Nabel springt zapfenförmig hervor und lässt sich durch den offenen Nabelring nach innen drängen.

Die Hautvenen der epigastrischen Gegend sind stark ausgedehnt; oberhalb des Nabels bilden sie ein handtellergrosses, mässig über die Bauchmusculatur hervorragendes Convolut, das durch Druck zum Verschwinden gebracht werden kann. Unterhalb des Nabels sind die Bauchdeckenvenen nur mässig ausgedehnt. Sehr starker Ascites, so dass bei der Rückenlage mit erhöhtem Oberkörper nur die epigastrische Gegend bis 8 Ctm. unter den Proc. xyphoid. helltympanitisch schallt und die Grenze dieses tympanitischen Schalles an den beiden Rippenbögen sich einwärts der Papillarlinien befindet. Die Bauchdecken sind sehr stark gespannt, so dass eine Palpation der in der Bauchhöhle befindlichen Organe unmöglich ist. Die Leberdämpfung reicht bis zum Rippenbogen. Die Milzdämpfung scheint vergrössert zu sein. Die unteren Extremitäten und der Hodensack sind ziemlich ödematös. Die Harnmenge ist sehr gering; der Harn ist concentrirt, enthält ein reichliches Sediment von harnsaueren Salzen und ist ohne Eiweiss. Kein Fieber. Am 23. October Paracentese des Abdomens und durch dieselbe Entleerung von 19 Liter einer gelblichen, leicht getrübten serösen Flüssigkeit, in welcher einzelne Eiterzellen, Pflasterepithelien und Detritusmassen mikroskopisch nachgewiesen wurden. Darnach reichte die Leber vom 4. Intercostalraume bis zum Rippenbogen; unter dem Rippenbogen konnte sie nirgends gefühlt werden; die Milzdämpfung vom oberen Rande der 6. bis zum unteren der 9. Rippe und bis zum Rippenbogen. 6. November. Nach der Punction schwellen die unteren Extremitäten ganz ab und bleiben so durch 8 Tage; Patient konnte einige Stunden des Tages ausserhalb des Bettes zubringen. Rasch wuchs jedoch trotz Diureticis der Ascites, so dass heute wieder wegen Athemnoth etc. die Paracentese gemacht werden musste. Es wurden 23 Liter entleert. Pat. war darnach ziemlich erschöpft. Der Ascites wuchs wieder sehr rasch und erreichte bald die frühere Höhe. Am 19. November fiel Pat. plötzlich, am Lehnstuhle sitzend, zu Boden und war todt. Die vom Assistenten, der etwa 3 Minuten darnach bei dem Hauptmanne erschienen war, gemachten Wiederbelebungsversuche blieben erfolglos.

Auszug aus dem Sectionsprotokolle: Die Leiche ist stark abgemagert. Die Haut im Gesichte gelb gefärbt. Der Unterleib halb kuglig vorgetrieben. Der Hodensack, der Penis und die unteren Extremitäten stark ödematös; die Haut an den letzteren braun gefleckt, theilweise von der Epidermis entblösst. Das Schädeldach oval, dick und

compact. Die Dura mater ist überall mit dem Schädeldache verwachsen, dick, schwach, durchscheinend. In den Hirnblutleitern dünnflüssiges, schwarzrothes Blut. Leichtes Odem an der Convexität der Grosshirnhemisphären. Die Arterien an der Hirnbasis und ihre Aeste sind stark geschlängelt; ihre Wände leicht verdickt. Das Zwerchfell steht beiderseits in der Höhe des zweiten Intercostalraumes. Die linke Lunge ist an der Spitze und an der Basis durch leicht zerreissliches Bindegewebe angewachsen. Compression der hinteren unteren Partien beider Lungen und Bronchialkatarrh. Der Herzbeutel ist leicht ausgedehnt durch wasserhelles, gelbliches Serum. Am Herzen nichts Abnormes. In der Bauch- und Beckenhöhle eine enorm grosse Menge gelblicher, klarer, wenig Flocken enthaltender Flüssigkeit. Die Leber ist mit dem Zwerchfell und der vorderen Bauchwand angewachsen, sie ist mässig vergrössert und durch mehrere seichtere und tiefere Einschnitte, entsprechend welchen die Leberkapsel stark getrübt und verdickt ist, mehrfach gelappt. Diese Lappen sind wieder, namentlich am rechten Leberlappen an der Oberfläche mit kleineren unregelmässigen Höckern versehen. Die Lebersubstanz ist hart und durchzogen von vielfach sich verästelnden, weissen Bindegewebsstreifen, zwischen denen das Leberparenchym stellenweise grauroth, stellenweise hellgrau erscheint. Im Pfortaderstamme und seinen Aesten ist dünnflüssiges Blut. Die Gallenwege enthalten hochgelbe, schleimige Galle. Im Lig. teres finden sich viele, stark geschlängelte, mit flüssigem Blute gefüllte Venen. Die Gallenblase klein, rundlich, enthält dünne hochgelbe Galle. Die Milz 13 Ctm. lang, 8 Ctm. breit; ihre Kapsel mit knorpelähnlich harten, theils plattenförmigen, theils höckerigen Auflagerungen besetzt; ihre Substanz ist weich, leicht brüchig, rothbraun. Der Magen darmähnlich zusammengezogen. Chronischer Magen- und Darmkatarrh. Die Nieren, namentlich die linke sind in ein dickes schwieliges Gewebe eingebettet; ihre Substanz ist hart, undeutlich, faserig, brüchig. Die Rinde blassgrau, die Marksubstanz hellbraun. Linksseitige Hydrocele und Hydrops des linken Proc. vaginalis.

Diagnose: Syphilitische Leberentzündung mit Lappung. Schwellung der Milz. Chronischer Magen- und Darmkatarrh. Starker Hydrops ascites und Hydrops der unteren Extremitäten und der äusseren Geschlechtstheile. Sklerose des Schädeldaches. Narbige Einkerbun-

gen der Epiglottis, Bronchialkatarrh. Linksseitige Hydrocele und Hydrops im linken Proc. vagin.

V. Beobachtung. Syphilis der Leber (Leberlappung), der Milz, der Knochen, des Gehirnes, der Nieren, der l. Lungenspitze, des l. Hodens und Nebenhodens. Chronischer Dickdarmkatarrh. Diphtheritis.

K. O....t, Oberlieutenant in Pension, 47 Jahre alt, ledig, habe bis zu seinem 20. Jahre mehrmals Tripper gehabt, sonst sei er bis zu dieser Zeit stets gesund gewesen. Seit seinem 20. Jahre leide er an Hämorrhoiden mit zeitweisen Blutungen. 1846 acquirirte Pat. einen harten Schanker, der local mit Lapisätzungen und innerlich mit Quecksilber behandelt, in 6 Wochen mit Zurücklassen einer harten, weissen Narbe heilte. Ein Exanthem oder eine Halsentzündung sei darauf nicht unmittelbar gefolgt. Erst 4 Jahre später bekam Pat., ohne dass seitdem eine neue Infection stattgefunden hätte, am Stamme rothe Flecke, welche sich bald zu Bläschen umwandelten, welches Exanthem unter einer Sassaparillakur in 6 Wochen heilte. 1848 Variola. In demselben Jahre erhielt er nach einem Prellschuss oben und aussen am linken Unterschenkel einen Knochenauswuchs, welcher von dem behandelnden Arzte als Exostose bezeichnet wurde und der Behandlung mit Jodkalium nicht wich. Einen ähnlichen Auswuchs erhielt er 6 Jahre später an der Vorderseite des rechten Unterschenkels nach einem Hufschlage. 1861 bekam Pat. in der oberen Hälfte des rechten Oberarmes ohne nachweisbare Ursache zeitweilig aussetzende, des Nachts sich steigernde, dem Zahnschmerz ähnliche Schmerzen; dieselben steigerten sich auch beim Heben des Armes und behinderten ihn in Folge dessen im Gebrauche desselben, namentlich beim Fechten. Dieselben dauerten auch das nächste Jahr bald im höheren, bald im geringeren Grade fort. Im December dieses Jahres (1862) befand sich Pat. eines Tages in einem Kaffeehause. Als er sich von dort nach Hause begeben wollte, war ihm plötzlich das Aufstehen unmöglich geworden. Ohne dass Kopfschmerz, Uebelkeit etc. vorangegangen wären, bekam er plötzlich das Gefühl, als ob ihm die linke untere Extremität eingeschlafen wäre; er konnte dieselbe nicht bewegen und fühlte an derselben eine leichtere Berührung nicht, sondern nur das Kneipen. Bald breitete sich das Gefühl des Einschlafens auf die l. Hälfte des Stammes, auf die l. obere Extremität und die l.

Gesichtshälfte aus und Pat. konnte auch die l. obere Extremität nicht bewegen. Die hervorgestreckte Zunge soll nach rechts abgewichen sein und die Sprache sei erschwert gewesen. Während des Transportes nach Hause verlor Pat. das Bewusstsein, welches jedoch den nächsten Tag wieder zurückkehrte. Am 3. Tage konnte er die linksseitigen Extremitäten wieder ziemlich bewegen und in der 3. Woche wieder herumgehen, wobei jedoch die linke untere Extremität bald ermüdete und nachgeschleppt wurde. Der Gebrauch von 50 Bädern zu Baden brachte keine wesentliche Besserung zu Stande, wohl aber ein 25maliges Elektrisiren, was er jedoch abbrechen musste, weil er rasch abmagerte. Inzwischen entwickelte sich im rechten Arme das Unvermögen, denselben im Ellbogengelenke activ und passiv vollständig auszustrecken, was sich durch 3 Jahre erhielt und endlich ohne Behandlung verschwand, um Zahnschmerzen ähnlichen Schmerzen im rechten Schultergelenke Platz zu machen, die noch gegenwärtig sich zeitweilig in geringem Grade bemerkbar machen. Im Sommer 1864 begab sich Pat. nach Gastein, wo er nach dem 3. Bade am linken Schlüsselbeine und später am linken Schienbeine ohne eine traumatische Einwirkung eine Knochenauftreibung bemerkte. Er unterbrach die Kur und blieb ohne Behandlung bis zum nächsten Jahre, wo er sich der Kaltwasserkur im Bründelbade zu Wien unterzog. Unter dem Gebrauche dieser wurde er kräftiger, aber die Schmerzen im rechten Oberarme nahmen zu und es traten dieselben auch an anderen Knochen auf, hier jedoch an einer und derselben Stelle nur während einer verhältnissmässig kürzeren Zeit dauernd, und öfters die Stelle wechselnd. Er setzte daher auch mit der Kaltwasserkur aus. Die nächsten zwei Jahre gebrauchte er Dect. Zittmanni und von Zeit zu Zeit Jodkalium; nach des letzteren Gebrauche hörten die lästigen Knochenschmerzen immer für einige Zeit auf; unter Bepinselung mit Jodtinctur gingen auch die spontan (nicht nach Traumen) aufgetretenen, für syphilitische Tophi erklärten Knochenauftreibungen etwas zurück. Anfangs November 1869 bekam er häufigen Drang zum Uriniren, wobei er nur eine geringe Menge eines dunklen, etwas trüben, durch einige Zeit sogar blutig gefärbten Harnes entleerte. Unter dem Gebrauche von lauen Sitzbädern trat bald wieder Besserung auf, und nur das Bedürfniss häufig Harn zu lassen, blieb zurück. Während dieser Besserung kam es ohne Schmerzen und Fieber zu einer Anschwellung des linken Hodens. Gleichzeitig mit den Störungen von Seite der Harnorgane trat Diarrhöe

auf, wobei täglich mehrere flüssige, manchmal etwas Blut enthaltende Stühle entleert wurden. Diese Diarrhöe hörte wohl nach 4 Wochen fast ganz auf, Pat. war aber inzwischen so herabgekommen, dass seine Füsse um die Knöchel anschwollen. 3 Wochen später bemerkte Pat. eine Anschwellung des Unterleibes, welche bald zu-, bald wieder abnahm. An anderen Körperpartien habe er keine Anschwellung wahrgenommen. Ende Dec. trat wieder eine der früheren ähnliche Diarrhöe auf, wobei den flüssigen Stuhlentleerungen ebenfalls öfters Blut beigemengt war. Am 7. Jänner 1870 wurde Pat. auf die Klinik Duchek's aufgenommen und bot folgenden Status praesens dar: Pat. mittelgross, von schwachem Knochenbaue, schlaffer dünner Musculatur und fast fettlosem Unterhautzellgewebe. Die Haut schmutzig gelblichweiss. Mässige Schwäche. Störungen von Seite des Gehirnes und der Hirnnerven sind nicht nachweisbar. Die Zunge leicht weiss belegt. Der Hals lang und dünn. An der inneren Hälfte der rechten und an der äusseren Hälfte der linken Clavicula findet man etwas mehr als bohnengrosse, unregelmässig geformte, unebene, mit dem Knochen zusammenhängende, harte, nicht schmerzhafte Geschwülste, über welchen die Haut verschiebbar und unverändert ist. Am Sternum u. zw. entsprechend der Insertionsstelle des 6. Rippenknorpels findet sich eine erbsengrosse, knochenharte Hervorragung, über welcher die Haut verschiebbar und leicht geröthet ist. Die linke Lunge stark ausgedehnt, so dass die Herzdämpfung nur an der 5. Rippe vom linken Sternalrande auf ein Plessimeter nach links sich erstreckt, der Herzstoss nicht zu tasten ist, und die übrigens begrenzten Töne schwach hörbar sind. Sonst ist an den Brustorganen nichts Abnormes. Mässiger Ascites. Die Leberdämpfung von der 6. Rippe bis zum Rippenbogen. Milzdämpfung von der 7. bis zur 11. Rippe und nach innen bis zum Rippenbogen. Linksseitige Hydrocele von höchstens Gänseeigrösse. Die Untersuchung des Rectums mit dem Finger ergibt das Vorhandensein einzelner bis erbsengrosser, weicher Knoten auf der Mastdarmschleimhaut, welche dem Pat. beim Drucke ein unangenehmes Gefühl verursachen und das Stuhlabsetzen schmerzhaft machen. Die oberen Extremitäten bieten nichts Abnormes dar, die unteren sind an den Füssen leicht ödematös. In der Mitte der Vorderfläche der rechten Tibia bemerkt man einen fast hühnereigrossen, rundlichen, glatten, knochenharten, nicht schmerzhaften Tumor, über den die unveränderte Haut verschiebbar ist; die Crista tibiae ist abgestumpft. Einen ähnlichen,

nur 3mal so kleinen Tumor findet man an der Vorderfläche der l. Tibia und ausserdem einen etwa haselnussgrossen am oberen Ende der äusseren Fläche dieses Knochens. Appetit gut. Täglich einige flüssige, blutig gefärbte Stühle. Der Harn in geringer Menge, weingelb, flockig getrübt; sein specifisches Gew. 1,009; er enthält eine grosse Menge Eiweiss, ausserdem Faserstoffcylinder, Nieren- und Blasenepithel und Schleimflöckchen. Zunächst wurde die Diarrhöe gestillt, dann wurde ein Diureticum, jedoch erfolglos angewendet, da sogar der Ascites zugenommen hatte. Vom 20. Jänner wurde Jodkalium gereicht, worauf der Zustand sich rasch besserte; der Hydrops schwand ganz, der Harn enthielt nur Spuren von Eiweiss und die Schwäche schwand bis zu dem Grade, dass Pat. einige Stunden herumgehen konnte. Am 31. März verliess Pat. die Klinik. Im Juni desselben Jahres traten ohne bestimmte Veranlassung Knochenschmerzen im Oberschenkel auf, die sich jedoch schon nach 2 Tagen verloren. Mitte November stellte sich ein Blasenkatarrh ein, der jedoch schon nach einer Woche unter Einspritzungen mit Eibischthee sich verlor. Anfangs December stellte sich Diarrhöe, Oedem des linken Fusses und Anschwellung des Unterleibes ein. Am 2. Jänner 1871 liess sich Pat. wieder auf die Klinik aufnehmen. Status praesens: Ziemliche Abmagerung, blassgelbliche Hautfarbe. Schwäche mässigen Grades. Die linke Clavicula wie im früheren Status praesens; dagegen ist die rechte Clavicula in der Mitte nur leicht verdickt. Am Sternum befindet sich entsprechend der Insertionsstelle der Knorpel der zweiten Rippe eine taubeneigrosse, am unteren Ende des Körpers eine erbsengrosse Knochengeschwulst. Die Schienbeine sind ungefähr ebenso wie früher beschaffen. Die Herzdämpfung ist etwas grösser als früher; sie erstreckt sich vom unteren Rande der 4. Rippe und vom linken Sternalrande auf zwei Plessimeter nach links. Sonst die Verhältnisse am Herzen wie früher, ebenso an den Lungen. Puls 108, klein, weich. Der Unterleib ziemlich stark ausgedehnt; die Bauchdecken ziemlich gespannt; die Bauchvenen leicht ausgedehnt, Ascites bis 3 Ctm. unterhalb des Nabels. Die Leber vom oberen Rande der 6. Rippe bis zum Rippenbogen, in der Medianlinie bis zur Spitze des Proc. xyphoideus; der linke Lappen lässt sich unter der Herzdämpfung deutlich nachweisen. Tastbar ist die Leber sowie auch die Milz nirgends. Die Milzdämpfung wie früher. Oedem der linken unteren Extremität bis zur Mitte des Unterschenkels; dagegen ist die rechte untere Extremität nicht ödematös. Appetit gut.

Täglich 3—4 flüssige, braungelbe Stühle. Der Harn wie im früheren Status praesens. 16. Jänner. Anfangs Jodkalium und Styptica; da jedoch die Diarrhöe nicht aufhörte und Pat. dies auf Rechnung des Jodkaliums schob, so wurde dieses Medicament ausgesetzt. Die Diarrhöe hörte erst in den letzten Tagen auf. Das Oedem an der linken unteren Extremität hat merklich zugenommen und hat, an der rechten inzwischen ebenfalls aufgetreten, rasch denselben Grad wie links erreicht; auch der Hodensack ist leicht ödematös geworden. Sonst Stat. idem. 17.—25. Jänner 0,75 Jodkalium täglich. Die Diarrhöe gering (3—4) flüssige Stuhlentleerungen. Auch das Präputium ist leicht ödematös. Sonst Stat. idem. 26. Jänner — 2. Februar 1,00 Jodkali täglich. Stat. idem. — 13. Februar. Der Ascites reicht bis zum Nabel. Der sonst heitere und redselige Pat. ist schweigsam und verstimmt. Sonst Stat. idem. 14. Februar. Pat. hat heute Nachts schlecht geschlafen. Heute gegen 9 Uhr Morgens stellte sich eine starke Athemnoth ein, so dass Pat. im Bette sitzen musste. Gleichzeitig hatte er halbseitigen Kopfschmerz und zeitweises Dunkelwerden vor den Augen, fühlte sich sehr schwach und war aufgeregt. Paracentese des Unterleibes und dadurch Entleerung von 4 Liter blassgelblichen Serums, worauf dann noch fort und fort aus der Stichwunde das Serum trotz Verklebung perselben mit Heftpflaster aussickerte. Pat. fühlte sich darauf wohler. Am Abend fühlte sich Pat. sehr matt, klagte über Schmerzen im Halse, wo sich eine katarrhalische Angina mit Oedem des Zäpfchens zeigte. Nach Mitternacht starb der Kranke.

Auszug aus dem Sectionsprotokolle: Die Leiche abgemagert. Der Unterleib vorgetrieben, schwappend. Ziemlich starkes Oedem der unteren, ein geringes der oberen Extremitäten. Das Schädeldach oval, am Stirnbeine und am Hinterhaupte 10—12 Mm. dick und fast vollständig compact, an den Schläfebeinen 3—4 Mm. dick und spongiös. An der äusseren Fläche des Stirnbeines, beiläufig in der Mitte desselben findet sich eine kreisrunde, kirschkerngrosse, leicht vertiefte Narbe, deren Grund mit einer höckerigen, das Niveau der Narbe leicht überragenden Knochenneubildung bedeckt ist. An der linken Hälfte des Stirnbeines, von der Glabella angefangen bis zur Kranznaht, zieht sich eine Reihe von nebeneinander liegenden, leicht vertieften Narben, die ungefähr dieselbe Grösse haben, wie die früher beschriebene, und entsprechend welchen das Pericranium sehr fest mit dem Knochen verwachsen ist. Desgleichen findet sich am

hinteren unteren Winkel des linken Seitenwandbeines eine ovale, fast 2 Ctm. lange und 1 Ctm. breite, sehr seichte Knochennarbe und an der äusseren Seite des rechten Schläfebeines ein fast erbsengrosser, flach kugeliger Knochenauswuchs. Die Dura mater ist verdickt, sehr zähe, an der Innenfläche theils bläulich weiss, theils mit sehr feinen röthlichen Punkten bedeckt. Chronisches Oedem der Hirnhaut und ein geringer chronischer Hydrops der Ventrikel. Die Hirnsubstanz zähe; die Rinde blassgrau, das Mark reinweiss.

In der Bauch- und Beckenhöhle sind mehrere Pfund einer dünnen, gelbgefärbten Flüssigkeit angesammelt. Das Zwerchfell steht rechts in der Höhe der 3., links in der Höhe der 4. Rippe. In den tieferen Partien beider Pleurasäcke findet sich bis zur Höhe der Axillarlinie eine dünne, schmutzig röthliche Flüssigkeit. Die linke Lunge ist an ihrer Spitze narbig eingezogen und entsprechend dieser Stelle finden sich im Gewebe zerstreut einzelne hanfkorngrosse, härtliche, theils schiefergraue, theils graugelbe Knoten. Sonst nur Oedem der Lungen. Das Herz, namentlich das rechte, mit Fett bewachsen. — Das grosse Netz ist reichlich mit Fett durchsetzt, nach aufwärts geschlagen und mit den an der Leberoberfläche bestehenden Furchen verwachsen. Die Leber ist stark nach aufwärts gedrängt. Ihr linker Lappen ist stark verkleinert und durch zahlreiche, tiefgehende Einziehungen an ihrer Oberfläche mit halbkugeligen, erbsen- bis haselnussgrossen Höckern besetzt; seine Substanz ist durchsetzt von zahlreichen, sich stark verästelnden Zügen grauweissen Bindegewebes, welches namentlich die Pfortaderverästlungen begleitet; das übrig gebliebene Lebergewebe ist sehr weich, leicht brüchig, grobkörnig, theils schmutzig grau, theils rothbraun gefleckt. An der Oberfläche des rechten Leberlappens finden sich zahlreiche, theils grubige, theils lineare narbige Einziehungen, entsprechend welchen die Leberkapsel leicht verdickt und getrübt, und von welchen in die Lebersubstanz sich verästelnde, grauweisse, narbenartige Bindegewebszüge sich erstrecken, die längs der Pfortaderverästlungen verlaufen; dadurch wird die Leber an ihrer Oberfläche mit grösseren und kleineren unregelmässig rundlichen, halbkugeligen Höckern bedeckt und die Lebersubstanz in ebensolche, selbstverständlich ganzkugelige unregelmässige Abschnitte, die ein ähnliches Verhalten wie diejenigen des linken Leberlappens zeigen, gesondert. Die grösseren Pfortaderverästlungen sowie der Pfortaderstamm enthalten dünnflüssiges, schwarzrothes Blut. In der Gallen-

blase dunkelbraune Galle. Die Milz 4 Intercostalräume lang und 3 breit; ihre äussere Fläche stark gewölbt und mit einem unregelmässigen, rundlichen, $1^1/_2$ Ctm. im Durchmesser haltenden Sehnenflecke bedeckt; ihre Substanz ist hart, grobkörnig, dunkelrothbraun. Chronischer Dickdarmkatarrh. Darminhalt gallig. Die Nieren sind in eine stark entwickelte Fettkapsel gehüllt und zeigen die Zeichen einer weit vorgeschrittenen Granularatrophie. Die Uvula ist stark geschwellt und mit einer dünnen graulich weissen fest anhaftenden Exsudatschicht bedeckt. Die Tunica vagin. des linken Hodens ist stark verdickt und stellenweise mit der Albuginea testis verwachsen. Der l. Hode ist wallnussgross, härtlich und umgewandelt in ein faseriges, grauweisses Gewebe, dessen Fasern im Allgemeinen in der Richtung der Septula Bertini verlaufen. Auch der l. Nebenhode ist in Fasergewebe umgewandelt. Hyperostose des linken Schlüsselbeines. Syphilitische Exostosen am Sternum, an den beiden Tibien und an der l. Fibula.

Diagnose: Interstitielle und velamentöse Hepatitis nach Syphilis (Leberlappung). Fettige Entartung der Lebersubstanz. Verwachsung des grossen Netzes mit der Leberoberfläche. Consecutiver Hydrops ascites anasarca und der Pleuren; chron. Dickdarmkatarrh. Narben am Stirn- und Scheitelbein mit einer Exostose am letzteren und Sklerom des Stirn- und Hinterhauptbeines. Syphilitische Hyperostose des l. Schlüsselbeines. Syphilitische Exostosen am Sternum, an den beiden Tibien und an der l. Fibula. Nierengranulation. Syphilitische Bindegewebswucherung im l. Hoden und Nebenhoden. Chron. Oedem der Hirnhäute und chron. Hydrops der Ventrikel. Alte Tuberkel in der l. Lungenspitze. Diphtheritis am Zäpfchen.

VI. Beobachtung. Interstitielle syphilitische Hepatitis. Gummata der Milz. Syphilis des Kehlkopfes, der rechten Lungenspitze und der Haut. Linksseitige Pneumonie. Hämatoma durae matris.

J. Baron v. G., 64 Jahre alt, ein ehemaliger Soldat, hatte im 17. Lebensjahre als Cadet durch 4 Wochen einen Tripper. Einen zweiten, der ebenfalls nur etwa 4 Wochen gedauert hatte, habe er im 32. Jahre acquirirt. Sonst habe er bis zu seinem 60. Jahre keine

venerische Erkrankung gehabt. Im letzteren Jahre bemerkte er zunächst unter der Vorhaut — Pat. hat eine angeborne Phimose — eine leichte Schwellung. Nach wenigen Tagen sei am Rande der Vorhaut und, wenn dieselbe möglichst zurückgezogen worden sei, auch an der Glans Penis je ein Geschwür bemerkt worden. Wenige Tage später haben sich diese Geschwüre hart angefühlt, die Vorhaut sei geschwollen und auch die Leistendrüsen haben sich vergrössert. Nach etwa $^1/_2$ Jahre kam es am unteren Drittel des Ober- und der unteren Hälfte des Unterschenkels linkerseits zur Entstehung von erbsengrossen, rundlichen, scharf abgesetzten, lebhaft rothen, in Gruppen beisammen stehenden Knoten, die nach einigen Wochen ihres Bestandes in der Mitte erweichten und eine blaurothe Färbung annahmen und schliesslich zu tiefen, rundlichen, mit lividen Rändern versehenen Geschwüren zerfielen. Etwa 2 Wochen nach dem Ausbruche der ersteren Knoten traten ähnliche Knoten auf in der Gegend des r. Trochanters und am Rücken, namentlich in der Zwischenschulterblattgegend; der Verlauf derselben war demjenigen der ersteren analog. Während dieses Zeitraumes soll die Leistendrüsenschwellung noch etwas zugenommen haben; es stellte sich auch häufig ziemlich starkes Nasenbluten ein, das häufig mit in Eisenchloridlösung getauchten Tampons gestillt werden musste und noch bis jetzt in geringem Grade zeitweise wiederkehrt. Wenige Wochen nach dem Auftreten des knotigen Ausschlages am Rücken trat Gesichtsrothlauf auf, der jedoch auf die behaarte Kopfhaut nicht übergegriffen habe. Bald nach dem Ablauf des letzteren kam es an der Kopfhaut, da, wo jetzt die Geschwüre vorhanden sind, zur Bildung ähnlicher, etwa erbsengrosser Knoten in der Haut, die mehrere Wochen hindurch ziemlich hart blieben, um dann zu tiefen, mit erhabenen, lividen Rändern versehenen Geschwüren zu zerfallen, aus denen sich in weiterer Folge durch Zusammenfliessen die noch jetzt bestehenden Substanzverluste entwickelten. Die Kopfhaare fingen an bald nach dem Auftreten des Schankers auszugehen und mit dem Auftreten der ersten Knoten war der Haarverlust schon ein beträchtlicher. — Pat. kam immer mehr herab, seine Hautfarbe wurde fahl, es stellten sich Müdigkeit, ziehende Schmerzen in den Gliedern, psychische Verstimmung und Abnahme des Gedächtnisses ein. Erst in einem Jahre heilten die Geschwüre an der linken unteren Extremität. Im Beginne der Erkrankung wurde das Glied nur gebadet und Pat. nahm Jodkalium innerlich; später habe nur eine locale Behandlung

der Geschwüre stattgefunden. In der letzten Zeit griffen die Geschwüre eher um sich und das Allgemeinbefinden wurde immer schlechter. Dies bewog ihn, sich am 8. März 1869 auf die chir. Klinik der Josefs-Akademie aufnehmen zu lassen. Hier gab man ihm Jodkali innerlich, bepinselte die Geschwüre 2mal täglich mit Jodglycerin und liess ihn wegen einer Angina mit Excoriationen an den Arcaden mit Kali chloric. gurgeln. Da trat am 12. März eine Pneumonie links hinten unten auf. Pat. wurde am 18. März auf die med. Klinik transferirt und bot folgenden Stat. praes. dar: Pat. mittelgross, von gracilem Knochenbaue, sehr dünner und schlaffer Musculatur und fettlosem Unterhautzellgewebe. Die Haut schmutzig gelblich-weiss. Pat. ist so hinfällig, dass er sich nicht selbst aufsetzen kann; er ist etwas somnolent. Pat. ist gegenwärtig etwas schwerhörig. Die Haut ist, namentlich an der Innenseite des linken und an der äusseren und inneren Seite des rechten Kniegelenkes, sowie am Rücken besetzt mit ausgebreiteten, licht- und dunkelgrauen, nach der einen Seite deutlich convexen, bogenähnlichen, untereinander durch sichelförmige narbige Brücken verbundenen Narben. An der behaarten Kopfhaut, links von der Pfeilnaht, ferner entsprechend dem linken Stirnbeine drei 2—3 Ctm. lange und 1—2 Ctm. breite, nierenförmige Substanzverluste, deren Ränder gegen die Pfeilnaht zu flach, fest anliegend, nach aussen zu wallartig, vorspringend und zerfressen sind und deren Umgebung ödematös ist. Der Thorax lang, flach und schmal; seine linke Hälfte etwas kürzer und weiter, als die rechte. Die Respiration 42, combinirt. Die linke Thoraxhälfte wird beim Inspirium sehr wenig erweitert, ihre Intercostalräume werden wenig eingezogen. Das Zwerchfell steht rechts an der 7. Rippe. Entsprechend der r. Lungenspitze hinten oben bis zum 2. Brustwirbel Dämpfung und fast fehlendes Athmen, sonst entsprechend der rechten Lunge überall heller Percussionsschall, rauh vesiculäres Athmen und zahlreiches unbestimmtes Rasseln. L. V. O. heller Percussionsschall bis zur 3. Rippe, dann ein dumpfer, der nach abwärts in die Leberdämpfung übergeht. Das Athmungsgeräusch oben rauh vesiculär, unten bronchial. Die Herzdämpfung lässt sich nur nach rechts abgrenzen, wo sie sich in der Medianlinie befindet. Herzstoss im 4. Intercostalraume einwärts der Parasternallinie, sehr schwach. Die Herz- und Gefässtöne begrenzt, der zweite Pulmonalton verstärkt. L. H. O. bis zum 5. Brustwirbel helltympanitischer, von da nach abwärts dumpfer Schall; oben unbestimmtes Athmen, zumeist

durch unbestimmte Rasselgeräusche gedeckt, unten ist das Athmungsgeräusch bronchial. Die Sputa dünnflüssig, gallertartig, gelbgrün. Der Unterleib stark eingesunken. Die Leber überragt den Rippenbogen in der Papillarlinie um einen Querfinger; in der Medianlinie reicht sie bis 1 Plessimeter oberhalb der horizontalen Nabellinie und links schneidet der untere Leberrand den 1. Rippenbogen in der Papillarlinie. Ihre Oberfläche ist ziemlich glatt und hart; ihr Rand stumpf. Die Milz vom oberen Rande der 6. bis zum unteren der 9. Rippe und bis zum Rippenbogen. Starke Phimosis. Rechtsseitiger Leistenbruch. T. 39·2°, P. 126.

19. März. J. 39·0°, 39·4°, P. 124. Pat. ziemlich somnolent, delirirte Nachts. Die Sputa sind grasgrün. Die Pneumonie erstreckt sich hinten bis zum 3. Brustwirbel. 20.—26. März. Die Pneumonie verbreitete sich über die ganze Lunge; hinten unten bereits Lösung. Das Fieber stark 39·5°—40·0°, P. 128—132 sehr klein. Starke Somnolenz; ziemlich starke Delirien. Unwillkürliche Harn- und Stuhlentleerungen. 27. März. Pat. collabirt sehr stark und stirbt um $2^1/_2$ Uhr Nachmittags.

Auszug aus dem Sectionsprotokolle: Die Leiche stark abgemagert. Die allgemeinen Decken gelblich weiss, an einzelnen Stellen, namentlich an der Innenseite des linken und an der Aussenseite des rechten Kniegelenkes und fast am ganzen Rücken besetzt mit ausgebreiteten, narbenähnlichen, röthlichgrauen, hie und da violetten Flecken. Starke Phimosis. An der behaarten Kopfhaut, zu beiden Seiten der Pfeilnaht, 3 theils rundliche, theils oblonge, scharfrandige, seichte, über 2 Ctm. im Durchmesser haltende Substanzverluste, deren Basis mit fest haftenden, rothbraunen Borken bedeckt ist. Schädeldach oval, dünn und spongiös; seine Aussenfläche entsprechend dem Winkel der Lambdanaht grubig vertieft und daselbst uneben; seine Innenfläche mit zahlreichen tiefen Gefässfurchen durchzogen. Die Dura mater dünn, blassgrau und an der Innenfläche mit einer 1 Mm. dicken, membranösen von der Oberfläche der Dura schwer abziehbaren, röthlichgrauen, durchscheinenden Gerinnung bedeckt, die an einzelnen Stellen mit den weichen Hirnhäuten locker verklebt erscheint. Die Plex. choroioidei am hinteren Ende beider Sehhügel mit dicht gedrängten, etwa stecknadelkopfgrossen, rundlichen, mit einer serösen Flüssigkeit gefüllten Bläschen durchsetzt. Die Hirnventrikel sind ausgedehnt von klarem farb-

losen Serum. Die Dura mater in der mittleren Schädelgrube mit ähnlichen dünnen membranösen Auflagerungen besetzt, wie an der convexen Fläche der Grosshirnhemisphären. Die Sinus der Dura mater enthalten dunkelrothes flüssiges Blut. Das Zwerchfell steht rechts in der Höhe des 5. Intercostalraumes, links in der der 6. Rippe. Die rechte Lunge im ganzen Umfange durch kurzfaseriges, zähes Bindegewebe mit der Umgebung verwachsen; das Lungengewebe an der Spitze leicht verdichtet und daselbst durchsetzt, theils von schwielenähnlichen, blassgrauen Streifen, theils von einzelnen rundlichen, scharf umschriebenen, käseähnlichen gelben Knoten. Im linken Pleurasacke eine geringe Menge dünner, gelblicher, trüber, flockiger Flüssigkeit; der Pleuraüberzug stark aufgelockert, rauh, mit feinzottigen, blassgrauen, hautähnlichen Auflagerungen bedeckt; die Lungensubstanz entsprechend dem oberen, theilweise auch dem unteren Lappen fast vollständig luftleer, hart, feinkörnig, brüchig, rothbraun, hie und da dunkelbraun gefleckt; von ihrer Schnittfläche eine trübe, luftleere Flüssigkeit abstreifbar. Die Bronchien der rechten Lunge enthalten hellgelben Eiter, die Schleimhaut der grösseren ist verdickt, weich, dunkelgrauroth. Im Herzbeutel klare, hellgelbe Flüssigkeit. Das For. ovale für eine dicke Sonde durchgängig; sonst am Herzen nichts Besonderes. In der Tiefe des kleinen Beckens wenig klare, hellgelbe Flüssigkeit. Die Leber ist gross; der vordere untere Rand des linken Lappens erstreckt sich bis zur horizontalen Nabellinie und nach links erstreckt sich dieser Lappen bis zur Milz; ihr vorderer unterer Rand ist stark abgestumpft; ihre Oberfläche feindrüsig, uneben von seichten verästelten Furchen durchzogen, entsprechend welchen ihr Peritonealüberzug getrübt und verdickt ist; ihr Parenchym hart und zähe auf der Schnittfläche von reichlichen verästelten röthlichgrauen Bindegewebssträngen durchsetzt, zwischen denen bis hanfkorngrosse, hellbraune Läppchen und Läppchengruppen hervorragen. Die Gallenblase ragt über den unteren vorderen Leberrand mehrere Centimeter hervor und ist erfüllt mit dicklicher, dunkelgrüner Galle. Die Milz ziemlich vergrössert, hat stark abgestumpfte Ränder; ihr Parenchym weich, mürbe, leicht brüchig, rothbraun, von zahlreichen, rundlichen, durch eine Bindegewebskapsel scharf abgegrenzten, gelblichweissen Knoten durchsetzt. Rechtseitige Netzleistenhernie. Die Schleimhaut des Kehlkopfes und des oberen Luftröhrenabschnittes blassgelb, leicht verdickt. Am hinteren Ende beider Stimmbänder zwei linsengrosse, rundliche, scharfrandige

Geschwüre, in deren Tiefe man auf den Giessbeckenknorpel stösst. Sonst nichts Abnormes nachweisbar.

Diagnose: Links Pleuro-Pneumonie im Stadium der Häpatisation. Hämatom der Dura mater. Syphilitische Geschwüre an der Schädelhaut. Narben nach Syphilis an der Haut der unteren Extremitäten und des Rückens und eine auch an der Spitze des Hinterhauptbeines. Leber- und Milzsyphilis, Geschwüre an den Stimmbändern. Bronchialkatarrh rechts. Offenes For. ovale. Rechtseitige Netzleistenhernie.

VII. Beobachtung. Tuberculose der Lungen und des Darmes. Chronisch interstitielle syphilitische Hepatitis Marant. Thrombose des Sinus falciformis major, transv. und sigmoid. sin. Pachymeningitis chron.

v. P....t k. k. Lieutenant, 28 Jahre alt, stamme von gesunden Eltern ab. Im 17. Jahre habe er einige Zeit Gelbsucht gehabt. Vor 2 Jahren acquirirte er einen Schanker, der in wenigen Wochen heilte, ohne dass darauf das Auftreten eines Hautausschlages oder einer Halsentzündung von ihm bemerkt worden wäre. Pat. erkrankte im Mai 1879; er bekam häufig heftige kolikartige Schmerzen, die jedesmal u. z. 1—2 Stunden nach dem Genusse einer etwas schwer verdaulichen Speise aufgetreten seien. In der ersteren Zeit kam es im Gefolge einer solchen Kolik nicht zu einer flüssigen Entleerung, wohl aber im weiteren Verlaufe der Krankheit. Dabei war der Appetit mässig, kein Erbrechen, wohl aber ein geringer, trockener Husten. Zeitweise habe er in der Nacht geschwitzt, im November durch etwa 8 Tage sogar sehr stark. Pat. habe niemals Excesse in Alkoholicis gemacht, er habe nur täglich 3 halbe Liter Bier oder 1 Liter Wein getrunken. Am 14. Jänner 1880 kam Pat. auf meine Abtheilung und bot folgenden Status praesens dar: Pat. von kräftigem Knochenbaue, mässig abgemagert. Die Haut gelblichweiss; auch die Conjunctiva bulbi gelblich gefärbt. Leichtgradige Schwäche. Die Stimme ist umflort. H. O. beiderseits bis zum 2. Brustwirbel eine leichte Dämpfung und schwaches unbestimmtes Athmen; ebenso in der rechten Fossa supraclavic.; sonst an den Brustorganen nichts Abnormes. Der Unterleib nicht ausgedehnt, gegen Druck nirgends empfindlich. Die Leber ist etwas vergrössert; sie erstreckt sich in der Papillarlinie und

am rechten Sternalrande vom oberen Rande der 6. Rippe bis 1 Plessimeter unterhalb des Rippenbogens; ihre Oberfläche ist glatt, ihr Rand dünn; die Consistenz eine normale. Die Milz nicht vergrössert; kein Ascites. Die Leisten-, Cubital- und Nackendrüsen leicht geschwellt, hart und nicht schmerzhaft. Täglich 1 flüssige Entleerung. Keine Fiebersymptome. 2 Grm. Jodkalium pro die und ausserdem Opium. Pat. blieb bis 28. Februar auf der Abtheilung und hatte während dieser Zeit 2 Kolikanfälle, von denen der eine 12 Stunden dauerte und zeitweise auch zwei bis drei flüssige Entleerungen. Sonst blieb der Zustand derselbe.

Am 23. August 1880 kehrte Pat. ins Spital zurück und gab an, dass sich sein Zustand während des Sommers nicht wesentlich geändert hätte, ja dass er sogar noch mehr abgemagert sei, dass sich der kolikartige Schmerz 1—2 Stunden nach jeder selbst nur mässigen Mahlzeit um den Nabel einstelle und durch etwa 2—3 Stunden andauere, dass Pat. in der letzten Zeit gegen Morgen in mässigem Grade schwitze. Man fand den Zustand wie früher, nur dass der Pat. ziemlich abgemagert und so schwach war, dass er sich nur mit Mühe selbst aufsetzen konnte; dass ferner die Dämpfung L. H. O. bis zum 3. Brustwirbel reichte und entsprechend derselben eine undeutliche Consonanz zu hören war, dass ferner die Leberdämpfung nicht mehr vergrössert, sondern normal und dass der Unterleib in der Nabelgegend druckempfindlich war.

Von da an war eine mässige Diarrhöe vorhanden (1—6 flüssige Stuhlentleerungen täglich), Pat. marascirte immer mehr. Dazu gesellte sich Appetitlosigkeit, am 3. Sept. ein anfangs nur selten auftretendes Schluchzen und etwas Schmerzen in den Schläfen, der Puls wurde frequent und die bisher normale Temperatur vom 9. September an am Abend etwas erhöht ($38{\cdot}0^0$—$38{\cdot}5^0$). Pat. wurde bald etwas somnolent und delirirte seit 12. Sept. in der Nacht etwas. Am 11. Sept. bemerkte man ein leichtes Oedem um die Fussknöchel und einen mässigen H. ascites. Der letztere wuchs ziemlich rasch, so dass er am 21. Sept. bis einen Plessimeter unterhalb des Nabels reichte; die Bauchdecken wurden ödematös, zeigten jedoch keinen Collateralblutlauf; das Oedem der unteren Extremitäten nahm nicht so rasch zu, als der Ascites. Der Harn enthielt viel Gallenfarbstoff, kein Eiweiss. Icterus war nur spurweise vorhanden. Die Leberdämpfung wie früher, die Milzdämpfung nicht merklich vergrössert. Der Singultus wurde

immer frequenter und intensiver. Am 22. Sept. vorübergehend Erbrechen. Am 25. Sept. Petechien im Epigastrium. 27. Sept. Starke Somnolenz, leichte Delirien, unwillkürliche Entleerung, rasch sich steigernder Verfall der Kräfte und am 28. Sept. der Tod.

Auszug aus dem Sectionsprotokolle: Die Leiche abgemagert, etwas icterisch, an den unteren Extremitäten und an den hinteren Partien der oberen ödematös. Der Unterleib fluctuirend. Das Schädeldach länglich oval, am Stirnbeine 1 Ctm., sonst 5—8 Mm. dick, grösstentheils spongiös. An der Aussenfläche der rechten Stirnbeinhälfte, 5 Ctm. vor der Kranznaht, befindet sich eine leicht vertiefte, 1 Ctm. im längeren und $^1/_3$ Ctm. im kürzeren Durchmesser messende Knochennarbe, deren Ränder weisslich und deren Basis röthlichgrau ist. In der nächsten Umgebung dieser Narbe ist der Knochen etwas poröser. An der Innenfläche des Schädeldaches finden sich, besonders in der Stirnbeingegend zahlreiche, niedrige, durch viele Gefässfurchen unterbrochene, weissliche Osteophyten. Der Sinus falciformis maj. ist in seiner ganzen Ausdehnung von einem der Wand adhärirenden, ziemlich resistenten, theils rothbraunen, theils gelbbraunen Gerinnsel erfüllt, welches sich auch in die grösseren, in ihn einmündenden Venen eine kurze Strecke weit fortsetzt. Ebenso setzt sich dieser Thrombus rückwärts in den linken Sinus transversus und sigmoideus bis zum For. jugulare fort. Auch auf der Innenfläche der Schädelbasis bemerkt man hie und da sehr dünne, röthliche Knochenauflagerungen. Die Dura mater ist etwas dicker, wenig injicirt, und an ihrer Innenfläche der Convexität des Grosshirnes entsprechend, von einer dünnen, weichen, gefässreichen Gewebsschicht überzogen. Die inneren Hirnhäute sind auf der convexen Fläche des Grosshirnes etwas getrübt, sonst zart und durchsichtig. Die Hirnsubstanz ist weich, stärker durchfeuchtet, sehr blutarm. Die Gefässe an der Hirnbasis sind leer und zartwandig. In der Bauch- und Beckenhöhle sind circa 2 Liter, in den beiden Pleurasäcken je 1 Liter dünnen, gelben Serums angesammelt. Dem linken Aryknorpel und dem hinteren Ende des rechten Stimmbandes entsprechend je ein fast erbsengrosses Geschwür, auf dessen Grunde die erweichte und gelbliche Knorpelsubstanz sichtbar ist. Die linke Lunge an ihrer Spitze angewachsen. Die obersten Partien des linken oberen Lappens von einem netzförmigen, derben, weisslichen Bindegewebe durchsetzt, in welchem nebst einzelnen, verkreideten, hanfkorngrossen, schiefergrauen Knoten zahlreiche hirse-

korngrosse, graue Knötchen eingelagert sind. Die rechte Lungenspitze ist ähnlich beschaffen, nur enthält sie noch zwei haselnussgrosse, mit käsigem Eiter erfüllte Höhlen. Die übrigen Lungenpartien sind elastisch und lufthältig. Die Herzklappen zart, die Intima der Aorta glatt. Die Milz von mittlerer Grösse; ihre Substanz ziemlich derb, rothbraun; das Stroma gut sichtbar. Die Leber ist etwas kleiner; ihr freier Rand ist zugeschärft; die Oberfläche des rechten Lappens ist glatt, die des linken in der Nähe des Lig. suspen. deutlich körnig; die Consistenz der Leber ist vermehrt; auf ihrer Schnittfläche sieht man zahlreiche lineare sich verzweigende, eingesunkene, gelblichweiss gefärbte Stellen, während das übrige Lebergewebe etwas grobkörniger und hochgelb gefärbt ist. Das ganze Ileum und die untere Hälfte des Jejunum enthalten von Strecke zu Strecke ringförmige, bis zur Muscularis reichende, 2—4 Ctm. breite, mit theils höckerigem, theils glattem, schiefergrauem Grunde versehene Substanzverluste, entsprechend welchen die Serosa mit zahlreichen, mohnkorngrossen, grauen Knötchen bedeckt ist. An den Nieren, am Pancreas, an der Harnblase etc. nichts Abnormes.

Diagnose: Chronische Tuberulose beider Lungenspitzen. Ringförmige tuberculöse Geschwüre im Ileum und Jejunum. Beginnende Cirrhose der Leber. Obturirende Thrombose des Sinus falciformis major und des linken Sinus transversus und sigmoideus, sowie der grösseren Hirnhautvenen auf der Convexität. Pachymeningitis chron. Eine syphilitische Narbe des Stirnbeines nebst Hyperostose des letzteren. Osteophyten auf der Innenfläche des Schädels. Allgemeiner Haut- und Höhlenhydrops.

VIII. Beobachtung. Syphilitische Hepatitis mit starker Lappung der Leber. Morbus Brightii. Peritonitis.

F. K . . . . a, Riemer des Hofzugstalles, 36 Jahre alt, verheirathet, stamme von gesunden Eltern ab, und sei bis zum 21. Jahre vollkommen gesund gewesen. Da erkrankte er im Banate an Wechselfieber, welches durch 2 Monate angedauert habe und schliesslich einer Chininbehandlung gewichen sei. Dann sei er gesund gewesen bis zum Mai des folgenden Jahres, in welchem Monate er abermals vom

Wechselfieber befallen wurde, welches bis zum Herbste dauerte; dabei magerte Pat. beträchtlich ab, wurde sehr schwach und hatte wenig Appetit.

Um Weihnachten desselben Jahres (1848) wurde er, nachdem er sich vom Wechselfieber ganz erholt hatte, plötzlich von heftigen Kopfschmerzen befallen, die vorzüglich rechts ihren Sitz hatten und mit Ohrensausen und Schwerhörigkeit der rechten Seite verbunden waren. Nach einiger Zeit milderten sich die Erscheinungen, ohne aber ganz zu verschwinden, so dass er noch jetzt an Ohrensausen und Schwerhörigkeit und zeitweise an Kopfschmerzen leide. Seit dem Jahre 1848 sei sein Appetit geringer, und es treten nach dem Genusse von etwas schwerer verdaulichen Speisen sogleich Appetitlosigkeit und heftiges Aufstossen auf; ausserdem leide er seit dieser Zeit an bedeutender Stuhlträgheit. Im September 1862 wurde er von dumpfen Schmerzen im linken Hüftgelenke befallen, die von da an an der hinteren Fläche des Oberschenkels bis zum Knie ausstrahlten; die Bewegung im Hüft- und Kniegelenke sei nicht beeinträchtigt gewesen; sie verschwanden Mitte Jänner 1863 ohne ärztliche Behandlung. Im October 1862 bemerkte er zuerst ein Anschwellen seiner Füsse, welches allmälig zunahm, so dass Anfangs Jänner bereits die ganzen unteren Extremitäten wassersüchtig waren. Um diese Zeit bemerkte er auch eine Anschwellung des Unterleibes. Pat. hatte häufigen Harndrang, und entleerte immer nur eine geringe Menge angeblich nicht abnorm beschaffenen Harnes. Gleichzeitig magerte er immer mehr ab, wurde immer schwächer, war appetitlos, hatte häufig starkes Aufstossen und zeitweise heftige Kopfschmerzen, so dass er sich Anfangs Jänner 1863 niederlegen musste. Am 13. Februar 1863 wurde Pat. auf die Klinik Duchek's gebracht und bot folgenden Stat. praes. dar: Pat. mittelgross, von mässig starkem Knochenbaue, dünner, schlaffer Musculatur und fettarmem Unterhautzellgewebe. Die Haut weiss und trocken. Pat. fühlt sich matt, leidet zeitweise an Kopfschmerzen und fortwährendem Sausen und Schwerhörigkeit im rechten Ohre. Sonst von Seite des Gehirnes, seiner Nerven und der Sinnesorgane nichts Abnormes. Die sichtbaren Schleimhäute blassroth. Die Zunge feucht, etwas weiss belegt. Thorax kurz, breit, in den unteren Partien stark erweitert. Die Respiration beschleunigt, angestrengt. Entsprechend den Lungen heller Percussionsschall und rauh vesiculäres Athmen; hinten unten beiderseits vom 6. Brustwirbel nach ab-

wärts Dämpfung und abgeschwächtes Athmen. Am Herzen nichts Abnormes, ausser, dass der Herzstoss und die Herztöne etwas schwächer sind. Der Unterleib stark vorgewölbt, gespannt, nicht druckempfindlich. Ascites bis drei Querfinger unterhalb des Nabels. Die Leberdämpfung vom unteren Rande der 5. bis zum unteren der 7. Rippe. Die Milzdämpfung von der 7. bis zur 10. Rippe und bis zum Rippenbogen. Die unteren Extremitäten stark ödematös. Verminderter Appetit, häufiges Aufstossen, nicht vermehrter Durst. Harn in geringer Menge, schmutzig roth, enthält viel Eiweiss. Stuhl regelmässig. P. 108. — 14.—17. Febr. Zweimal heftige Kopfschmerzen. Sonst Stat idem. 18.—25. Febr. Die Harnmenge wurde allmälig etwas grösser, der Harn etwas lichter, hellroth, trüb und enthielt etwas weniger Eiweiss. Am 22. und 23. Februar wieder heftige Kopfschmerzen und ausserdem auch Schmerzen im linken Trochanter. 26. Febr. — 12. März. Die Harnmenge sehr gering; der Harn schmutzig roth, etwas trübe, enthält viel Eiweiss, viel rothe, wenige weisse Blutkörperchen, Epithelien der Harnkanälchen und Fibrincylinder. Der Hydrops anasarca, sowie auch der Hydrops der Körperhöhlen nahm ziemlich rasch zu und es entstand eine rasch wachsende Athemnoth; Pat. verlor den Appetit ganz, wurde immer schwächer, bekam zeitweise Diarrhöe, zeitweise auch Kopfschmerzen, hustete und collabirte schliesslich ziemlich stark. 13. März. Um 2 Uhr Nachmittags trat ein zweistündiger Schüttelfrost auf, dem Hitze folgte. Pat. klagte über starke Spannung im Unterleibe und an den unteren Extremitäten. Die Dyspnoë nahm gegen 11 Uhr Abends so bedeutend zu, dass die Paracentese des Abdomens gemacht werden musste. Es wurden mehrere Liter einer grünlich-gelben, trüben, stark eiweisshältigen Flüssigkeit entleert, worauf die Dyspnoë merklich nachliess. Pat. starb darnach bald, nämlich um $3^1/_4$ Uhr Morgens.

Auszug aus dem Sectionsprotokolle: Leiche abgemagert, die Haut schmutzig weiss. — Die Extremitäten, besonders die unteren und die hinteren Partien des Rumpfes sehr stark wässrig infiltrirt. Der Unterleib ausgedehnt, schwappend, der Hodensack und Penis ödematös. Die weichen Hirnhäute serös infiltrirt. Die Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut dunkel grauroth gefärbt. In den beiden Pleurasäcken bis zur Höhe der Wirbelkörper seröse Flüssigkeit. Die linke Lunge entsprechend den äusseren Partien des oberen Lappens angewachsen. Mässige Compression der unteren Partien der rechten Lunge. Leichter

Hydrops pericardii. In der r. Bauchwand eine rundliche, scharfrandige, sehr kleine Oeffnung, in deren Umgebung das subcutane Bindegewebe auf einige Entfernung eitrig infiltrirt ist. In der Bauchhöhle eine grosse Menge gelber klarer Flüssigkeit, die in den tiefsten Theilen des kleinen Beckens dickliche, eiterähnliche Massen abgesetzt hat. Die Leber durch zahlreiche dicke Bindegewebsstreifen mit dem Zwerchfelle, der vorderen Brustwand, sowie mit dem Magen verwachsen. Die Gestalt derselben ist sehr unregelmässig, indem sie viele kugelige, durch tiefe Furchen von ihrer Umgebung abgegrenzte, erbsen- bis faustgrosse Lappen enthält. Das Peritoneum derselben ist, besonders in den Furchen, verdickt und getrübt und am verkleinerten rechten Leberlappen mit weisslichen, scharf abgegrenzten Knötchen besetzt. Der linke Leberlappen ist im Allgemeinen stark vergrössert, dick und sein Peritoneum an der unteren Fläche mit Knötchen besetzt. Das Lebergewebe ist weich, faserig brüchig, zähe, und in zahllose hanfkorn- bis linsengrosse, von einander ziemlich abgegrenzte, gelblich graue Knötchen abgetheilt; an der oberen Fläche unterhalb des Ansatzes des Aufhängebandes ist das Gewebe in eine zähe, harte, bindegewebige, von einzelnen gelblichen Massen durchsetzte Narbe umgewandelt. In den Pfortaderverästlungen wenig flüssigen Blutes. Die Milz mit dem Zwerchfelle fest verwachsen, 21 Ctm. lang, 13 Ctm. breit, und 6 Ctm. dick; ihre Kapsel verdickt und getrübt; ihr Gewebe härtlich, feinkörnig brüchig, rothbraun. Chronischer Magen- und Darmkatarrh; das Colon transv. S-förmig abgebogen und mit dem Coecum verwachsen. Im Dickdarme dünnbreiige, wenig gallig gefärbte Kothmassen. Morb. Brightii im Stadium der fettigen Degeneration.

IX. Beobachtung. Syphilitische Hepatitis. Tod durch rechtsseitige Pneumonie.

A. St.... Soldat, 23 Jahre alt, geb. zu Wien, stamme von gesunden Eltern ab und sei früher stets gesund gewesen. Erst vor 3 Jahren habe er durch 8 Wochen an Wechselfieber mit dem Tertiantypus gelitten. Seit etwa 2 Jahren leide er öfters durch einige Zeit an einem starken Husten, wobei er graugelbe Sputa auswerfe. Vor 6 Monaten bemerkte Pat. zum ersten Male ein Gefühl von Schwere und Völle in der Lebergegend, welches seitdem anhielt; seit dieser Zeit habe er öfters an Appetitlosigkeit, Magendrücken und ausserdem an Unregelmässigkeit des Stuhles gelitten. Am 17. Jänner 1864 trat Abends ein

Frostanfall auf, dem bald Hitze folgte. Dazu gesellte sich in der Nacht Stechen auf der Brust, Athemnoth und trockener Husten. Den nächsten Tag warf Pat. ein zähes blutig gefärbtes Sputum aus. Pat. wurde auf die Klinik Duchek's gebracht und bot am 21. Jänner 1864 folgenden Status praesens dar: Pat. mittelgross, von schwachem Knochenbaue, dünner, schlaffer Musculatur. Die Haut hoch temperirt, schmutzig gelblichweiss. Die Sclera gelblich gefärbt. Grosse Schwäche und Abgeschlagenheit. Starke Somnolenz. Die Respiration sehr beschleunigt und combinirt. Infiltration der rechten Lunge vorne überall, hinten von oben bis zum 6. Brustwirbel (dumpfer Schall und Consonanz); vom 6. Brustwirbel nach abwärts unbestimmtes In- und bronchiales Exspirium; überall zahlreiche consonirende Rasselgeräusche. Die linke Lunge so stark ausgedehnt, dass gar keine Herzdämpfung und gar kein Herzstoss nachweisbar ist und die Herztöne nur äusserst schwach zu hören sind; oben rauh vasiculäres unten unbestimmtes Athmen und ausserdem viele unbestimmte Rasselgeräusche. Der Unterleib mässig aufgetrieben, weich. Die Leberdämpfung reicht bis 2 Querfinger breit nach abwärts vom Rippenbogen. Die Milz ziemlich stark vergrössert. Der Puls ziemlich voll, 120. Die Sputa sind sehr reichlich, theils rostfarben, theils schleimig. Der Stuhl seit 2 Tagen angehalten. Der Harn in geringer Menge, röthlichgelb. Am 23. Jänner war schon die ganze rechte Lunge infiltrirt. Die Expectoration stockt immer mehr, Pat. collabirt und stirbt am 27. Jänner.

Auszug aus dem Sectionsprotokolle: Leichter Icterus. Hyperämie und Oedem der Hirnhäute. Das Zwerchfell steht rechts im 6. Intercostalraume, links am unteren Rande der 5. Rippe. Die linke Lunge hinten und unten bindegewebig angewachsen, stark emphysematös. Graue Hepatisation der ganzen rechten Lunge, die überall theils bindegewebig angewachsen, theils durch hautähnliche, festsitzende, gelblich oder blutig gefärbte Gerinnungen verklebt ist. Im Bauchfellsacke wenig gelbe, seröse Flüssigkeit. Die Leber gross; ihr unterer Rand stark abgerundet, etwas nach hinten gerichtet und bis zum Nabel reichend; ihre Kapsel getrübt und an mehreren Stellen des linken Lappens in der Nähe des Aufhängebandes mit narbenähnlichen, mehrere Linien tiefen Einziehungen versehen, von denen Bindegewebszüge auf eine kleine Strecke in das Leberparenchym ausstrahlen; ihr Gewebe sehr hart und zähe, körnig und faserig brüchig, trocken, gelblichgrau; in ihren Gefässen dunkles flüssiges Blut. Die Gallenblase

enthält schleimige, fadenziehende, hellgelbe Galle. Die Milz ist 21 Ctm. lang, 9 Ctm. breit, am vorderen Rande mehrfach gekerbt, am oberen Ende durch einen $^1/_2$ Zoll tiefen Einschnitt in zwei ungleiche Theile getheilt; ihr Gewebe sehr hart, feinkörnig und faserig brüchig, trocken, graubraun; die Gefässe derselben klaffend. Acuter Darmkatarrh. Der Kehlkopf und der Rachen, sowie die Genitalien sind leider nicht untersucht worden.

X. Beobachtung. Syphilis der Leber mit hochgradigem Ascites. Zweimalige Punction des Abdomens. Unter dem Gebrauche von Jodkalium eine wesentliche Besserung, fast Heilung.

Joh. B . . . r, Hauptmann-Auditor, 48 Jahre alt, 1838 durch einige Wochen Wechselfieber. Seit seiner Studienzeit pflegte Pat. täglich Abends Bier oder Wein, nicht selten in grösseren Quantitäten zu trinken. 1849 Schanker. Von 1852—1855 während seines Aufenthaltes in der Militärgrenze und in Siebenbürgen mehrere Male Wechselfieber, zumeist mit tertianem Typus. 1855 fing Pat. an fettleibig zu werden, welche Fettleibigkeit allmälig zunahm, so dass er zu Ende dieses Jahres 133, im Jahre 1858 schon 148 Wiener Pfund wog. 1859 auf dem Marsche von Venetien nach Tyrol abermals durch kurze Zeit Wechselfieber. 1861 ein Tripper, 1862 ein Schanker mit consecutiven Bubonen. Nach den Schankern habe er keinen Ausschlag bemerkt. Seine Fettleibigkeit nahm noch immer langsam zu, so dass er 1866 bereits 174 Wiener Pfund Gewicht hatte und seit dem Jahre 1863 etwas kurzathmig und schwerfällig wurde. 1868 abermals Tripper. Seit etwa $^1/_2$ Jahre bemerkte er eine stetig zunehmende, beträchtliche Vergrösserung seines Unterleibes, eine fortschreitende Abmagerung und bedeutende Zunahme der Kurzathmigkeit. Am 4. November 1871 kam Pat. auf meine Klinik und bot folgenden Status praesens dar: Pat. mittelgross, von ziemlich starkem Knochenbaue und mässig entwickelter schlaffer Musculatur. Die Haut schmutzig gelblichweiss. Das Unterhautzellgewebe mässig fetthältig. Leichte Cyanose. Der rechte Schilddrüsenlappen mässig vergrössert. Die Vv. jugul. ext. sind ausgedehnt, besonders die rechte, und fallen auch beim tiefen Inspirium nicht zusammen. Der Brustkorb sehr kurz, breit, stark gewölbt, in den unteren Partien stark erweitert. Die Respiration ist beschleunigt, angestrengt und costal. Der Herzstoss im 4. Intercostalraume einwärts

der Papille, äusserst schwach tastbar. Am Herzen ausser Schwäche der Herz- und Gefässtöne und einer zeitweisen Spaltung des 2. Aortentones nichts Abnormes. Entsprechend den Lungen heller Percussionsschall, rauh vasiculäres Athmen und hie und da ein unbestimmtes Rasseln. Der Unterleib ist enorm u. z. halbkugelförmig ausgedehnt; die Bauchdecken sehr gespannt; die Haut nicht faltbar und mit zahlreichen, röthlichen, sehnenähnlich glänzenden Streifen bedeckt. Die Hautvenen vorne am Stamme sind mässig ausgedehnt und bilden zahlreiche Netze. Hochgradiger Ascites bis 6 Ctm. unterhalb des Proc. xyphoideus reichend. Die obere Lebergrenze befindet sich in der Papillarlinie an der 5., in der Axillarlinie am oberen Rande der 7. Rippe; die untere lässt sich trotz der Untersuchung in verschiedenen Lagen des Pat. nicht ermitteln. Ebenso kann die Milz hinsichtlich ihrer Grösse nicht festgestellt werden. Die unteren Extremitäten sind um die Knöcheln leicht ödematös. Kein Fieber. Sputum spärlich, schleimig. Der Harn spärlich, bräunlichgelb, enthält ein Sediment von harnsaueren Salzen, jedoch kein Eiweiss. Stuhl normal gefärbt. Es wurde die Paracentese des Abdomens gemacht, wodurch 20·5 Liter einer stark eiweisshältigen, bräunlichgelben Flüssigkeit entleert wurden. Pat. fühlte sich darauf subjectiv wohl, es verschwand die Cyanose, die Athemnoth etc. Die Leber überragte den Rippenbogen in der Papillarlinie um 1, in der Medianlinie um 2 Plessimeter; ihr Rand ist stumpf, in der Medianlinie sogar abgerundet, hart; ihre Oberfläche ist im Allgemeinen glatt, nur etwas nach rechts von der Medianlinie 1 Plessimeter oberhalb des abgerundeten Randes ist eine deutliche unregelmässige Vertiefung zu fühlen. Die Milzdämpfung vom oberen Rande der 7. bis zum unteren der 10. Rippe und bis zum Rippenbogen. Jodkalium 1·5 Grm. täglich und Inf. bac. Juniperi. — Unter dieser Behandlung war der Harn anfangs blässer und reichlicher, bald aber wurde er wieder immer spärlicher und dunkler; der Ascites etc. nahmen wieder ziemlich rasch zu, so dass am 20. November wieder eine Paracentese des Abdomens vorgenommen werden musste. Es wurden 14 Liter einer im auffallenden Lichte schmutzig dunkelrothen, im durchfallenden hellrothen Flüssigkeit entleert, etwa ein Drittel der ascitischen Flüssigkeit jedoch in der Bauchhöhle zurückgelassen. Unter dem weiteren Gebrauche von Jodkalium und Inf. bac. Junip. nahm in der ersten Zeit der Ascites nicht mehr zu, später immer mehr und mehr ab und verschwand schliesslich ganz, damit gingen auch alle

seine Folgezustände nach und nach ganz zurück; die Leber verkleinerte sich merklich, blieb aber noch immer etwas vergrössert; die Milzschwellung verkleinerte sich bedeutend; Pat. erholte sich allmälig und wurde am 5. April 1872 als Reconvalescent von der Klinik entlassen.

XI. Beobachtung [1]). Constitutionelle Syphilis. Erscheinungen von Rückstauung des Blutes im Gebiete der Pfortader, bedingt durch syphilitische Lebererkrankung. 11malige Punction des Abdomens in einem Zeitraum von 5 Monaten. Genesung.

Anton M. v. F., k. k. Hauptmann, zu Verschetz im Banat geboren, 40 Jahre alt, ledig. Seine Eltern waren kräftig und sind im höheren Alter an ihm unbekannten Krankheiten gestorben; seine Geschwister seien kräftig und gesund. Er selbst habe in der Kindheit die Blattern und Masern überstanden und vor 18 Jahren in seiner Heimat durch 4 Monate an Wechselfieber gelitten, sich jedoch nach dem letzteren bald erholt. Im Jahre 1855 zog er sich am Penis einen Schanker zu, der in kurzer Zeit heilte, jedoch eine Induration zurückliess. Etwa 6 Wochen nachher bemerkte Patient am Stamme einen Hautausschlag, der in etwa linsengrossen, dunkelrothen, zerstreut stehenden Flecken bestanden haben soll. Gleichzeitig traten Schlingbeschwerden und Heiserkeit auf. Der von ihm zu Rathe gezogene Arzt erklärte, dass er mit Syphilis behaftet sei, und verordnete ihm Pillen.

Unter dem Gebrauch der letzteren verloren sich bald alle diese krankhaften Erscheinungen. Im Jahre 1858 entstand, angeblich ohne jede Veranlassung, an der Stelle des früheren Schankers abermals ein Geschwür, das trotz angewandter Behandlung nicht heilen wollte. Bald darauf zeigte sich abermals ein Ausschlag am Stamme, und es stellte sich Heiserkeit mit zeitweisen Schlingbeschwerden ein. Pat. machte die Schmierkur durch, trank hierauf durch mehrere Wochen Dct. Zittmanni und sei durch diese Behandlung wieder vollständig gesund geworden. Ende 1861 stellte sich, angeblich ohne jede Veranlassung Erbrechen ein, das regelmässig $^1/_2$ Stunde nach jeder Mahlzeit wiederkehrte, ohne besondere Beschwerden vor sich ging und niemals besonders ergiebig war. Das Erbrochene bestand aus den ge-

[1]) Časop. lék. česk. 1869. č. 42, 43.

nossenen, unverdauten Speisen und aus reichlichem Schleime. Dieses Erbrechen dauerte, trotz der Anwendung der verschiedensten Mittel, ungefähr 4 Monate fast ununterbrochen an, und brachte den Pat. so herab, dass er sich entschloss, auf unserer Klinik Hilfe zu suchen. Jedoch schon am ersten Tage seiner zu diesem Zwecke nach Wien unternommenen Reise hörte das Erbrechen von selbst auf, ohne wiederzukehren. In Wien wurde ihm der Gebrauch des Giesshübler Wassers angerathen, unter dessen Anwendung er sich bald wieder erholte. Da stellte sich im Mai 1863, angeblich nach einer Erkältung, Kopfschmerz ein, welcher von nun an ohne Unterbrechung durch mehrere Monate, nur in seiner Intensität schwankend, andauerte, niemals jedoch einen hohen Grad erreichte und hauptsächlich am Scheitel seinen Sitz hatte. Nebstbei wurde er von einer hartnäckigen Schlaflosigkeit geplagt und kam trotz guten Appetites und reichlicher Nahrung sehr herab. Unter dem Gebrauche der verschiedensten Mittel verloren sich diese Erscheinungen zwar nach und nach gänzlich, aber er erlangte nicht mehr seine frühere Körperkraft, blieb abgemagert, ermüdete sehr bald. Dazu gesellte sich vor 6 Wochen ein heftiger Schnupfen, Heiserkeit und Schmerz im Halse beim Schlingen, welche letzteren Erscheinungen nach kurzer Zeit sich legten. Um dieselbe Zeit fühlte Pat. eine gewisse unangenehme Schwere im Unterleibe und bemerkte von da an eine ziemlich rasche Vergrösserung desselben; gleichzeitig empfand er flüchtige Schmerzen im rechten Hypochondrium. Sehr bald gesellte sich auch eine Anschwellung der Füsse und Unterschenkel, besonders nach längerem Stehen und Gehen hinzu. Pat. will zwar öfters Excesse in Baccho gemacht haben, jedoch sonst habe er alkoholische Getränke nur in mässiger Quantität genossen.

Am 10. October 1864 wurde er auf unsere Klinik aufgenommen und bot folgenden Status praesens dar: Patient mittelgross, von gracilem Knochenbaue, und dünner schlaffer Musculatur. Die Haut erdfahl, normal temperirt. Das Unterhautzellgewebe fettarm. Patient fühlt sich sehr matt und abgeschlagen; kann nur mit Mühe herumgehen. Die Kopfhaare sind spärlich vorhanden; der Scheitel ist kahl.

Cephalische Erscheinungen und Störungen der Sinnesorgane sind nicht vorhanden, bis auf Kurzsichtigkeit und bis auf einen schon seit vielen Jahren bestehenden leichtgradigen Strabismus convergens. Die sichtbare Nasenschleimhaut etwas geschwellt und geröthet, aus der Nasenhöhle wird in ziemlich reichlicher Menge ein undurchsichtiger,

gelblich-weisser, blutig gestriemter Schleim abgesondert. Die Rachenschleimhaut ist etwas geschwellt und geröthet.

Der Hals ist mässig lang, dünn; die Supraclavicular- und Jugulargruben sind eingesunken. Einzelne Drüsen längs der beiden Mm. sterno-cleido-mast. sind erbsen- bis haselnussgross, hart, schmerzlos; die Nackendrüsen sind geschwellt. Der Thorax ist lang, flach und schmal, in den unteren Partien etwas erweitert. Die Respiration ist nicht beschleunigt, findet vorzüglich mit den oberen Thoraxpartien statt. Die Percussion der Brusteingeweide ergibt normale Verhältnisse bis auf einen höheren Stand des Zwerchfelles. Dasselbe steht in der Papillarlinie an der 5. Rippe. Die Auscultation ergibt entsprechend den Lungen rauh vesiculäres, nur in den hinteren unteren Partien ein unbestimmtes Athmen, und an letzterer Stelle unbestimmte Rasselgeräusche. Die Herz- und Gefässtöne normal. Die peripheren Arterien mässig eng; Puls 72. Der Unterleib ziemlich stark aufgetrieben, gespannt, nur entsprechend dem rechten Hypochondrium beim stärkeren Drucke etwas empfindlich.

An den Bauchdecken findet man entsprechend der horizontalen Nabellinie eine seichte Furche. Am Bauch und an der vorderen Brustfläche sieht man zahlreiche ausgedehnte Hautvenen. Vollkommen frei beweglicher Flüssigkeitserguss in der Bauchhöhle, bei horizontaler Rückenlage bis 1 Plessimeter unter den Nabel reichend. Die Leberdämpfung erstreckt sich in der Papillarlinie von der 5. bis zur 7. Rippe. Milztumor von der 5. bis zum unteren Rande der 10. Rippe und nach einwärts bis etwas unterhalb des Rippenbogens reichend. An den unteren Extremitäten um die Knöchel herum ein leichtes Oedem. Der Harn dunkel, spärlich, enthält ein reichliches Sediment von harnsauren Salzen, aber kein Eiweiss. Der Stuhl unregelmässig bald retardirt, bald diarrhoisch.

Therapie: Jodkalium 10 Gr. pro die, und wegen Obstipation Aqua lax. Vien. Ruhe, nahrhafte Kost. 10.—20. October. Der Appetit nimmt zu. Jodkali 1 Scrupel pro die, und Dect. Ononydis mit Kali aceticum. 20.—31. October. Da keine reichliche Harnausscheidung auftrat, wurde dem Kranken am 20. October Inf. bac. Junip. verordnet. In der Nacht vom 23. auf den 24. October konnte Patient nicht schlafen, fühlte sich sehr unwohl, und hatte häufigen Harndrang. Der Kranke fieberte am nächsten Tage (Puls 140) und entleerte trotz häufigen Harndranges nur eine geringe Menge blutigen Harnes. Infus.

bac. Juniper. wurde ausgesetzt und Tannin und Potus citri ordinirt. Am 25. October war kein Fieber mehr vorhanden (Puls 72). Der Harndrang hatte aufgehört, der Harn war in geringer Menge, enthielt jedoch nur wenig Blut. Am 26. October war im Harn kein Blut, kein Eiweiss mehr vorhanden. 1.—30. November. Im Allgemeinen derselbe Zustand. Der Stuhlgang ist immer träge; es müssen immer Abführmittel verordnet werden. Gegen Abend trat täglich ein leichtes Fieber auf, der Ascites nahm anfangs nur sehr langsam zu, seit dem 26. November aber sehr rasch. Von da an trat Dyspnoë auf, Appetit und Schlaf wurden gestört, der Harn in sehr geringer Menge entleert.

Da die Dyspnoë am 28. November einen hohen Grad erreichte, so wurde an diesem Tage die Paracentese des Abdomens gemacht, durch welche mehrere Liter einer grünlich-gelben, klaren, stark eiweisshältigen Flüssigkeit entleert wurden.

Nach der Punction reichte die Flüssigkeit in der Bauchhöhle bis in die Mitte zwischen Symph. ossium pubis und Nabel. Die Dyspnoë hörte auf, der Kranke fühlte sich sehr erleichtert. Das Jodkali wird ausgesetzt. 1.—10. December. Die Harnmenge blieb trotz Scilla-Gebrauch sehr spärlich, der Ascites wuchs rasch wieder und erzeugte die früheren Beschwerden, weshalb am 10. December zum zweiten Male die Punction des Unterleibes gemacht, und abermals eine grosse Menge Flüssigkeit von der früheren Beschaffenheit entleert wurde. 11. December — 2. Jänner 1865. Die eingetretene Erleichterung dauerte nicht lange, es stellte sich bald der frühere Zustand ein und es musste am 2. Jänner zum 3. Male zur Punction des Abdomens geschritten werden.

Aus demselben Grunde wurde die Paracentese des Unterleibes am 14. Jänner zum 4., am 4. Februar zum 5., am 16. Februar zum 6. mal gemacht. Die durch die 5. Punction entleerte Flüssigkeit war etwas trübe opalisirend. Der Kranke magerte zusehends ab und wurde kraftloser. Das collaterale Venennetz an der Bauchhaut ist inzwischen deutlicher geworden. Unmittelbar nach der 6. Punction trat für den Pat. eine solche Erleichterung ein wie nach den früheren Paracentesen. Am nächsten Tage traten jedoch Empfindlichkeit und Schmerzen bei Berührung der linken Bauchhälfte (hier ist punctirt worden) auf; nebstbei fieberte der Kranke stark. Diese auf eine circumscripte Peritonitis hinweisenden Erscheinungen verloren sich jedoch nach 3 Tagen wieder. Der Schnupfen ist inzwischen gut geworden.

Am 9. März wurde der Unterleib zum 7., am 19. März zum 8.mal punctirt. Die erstere hatte keine nachtheiligen Folgen, die letztere verursachte abermals eine locale Peritonitis, wobei ähnliche Erscheinungen wie nach der 6. Paracentese durch 4 Tage anhielten. Statt der Scilla ein Inf. bac. Juniperi. Am 29. März wurde die 9., am 14. April die 10. und am 30. April die 11. Punction gemacht. Nach keiner derselben traten Erscheinungen auf, die auf eine Peritonitis hingedeutet hätten.

Die durch die 10. Punction entleerte Flüssigkeit war ziemlich, die durch die 11. entleerte ganz klar. Nach der 9. Paracentese wurde der Harn reichlicher, und minder dunkel. Nach der 11. Punction reichte die Flüssigkeit bis etwa zur Mitte zwischen Nabel und Sym. ossium pubis. Der Kranke war in hohem Grade abgemagert und erschöpft. Sein Appetit blieb so ziemlich gut. Der Harn etwas lichter und reichlicher. Der Ascites stieg abermals, nur langsamer, und reichte am 16. März bis etwa 1 Plessimeter unterhalb des Nabels. Vom 16. Mai trat eine wesentliche Aenderung im Verlaufe der Krankheit ein. Die Diurese war so reichlich, dass der Kranke täglich 3—4 Liter eines blassen Urins entleerte. Der Stuhl trat nun spontan 1 bis 2mal des Tages auf und war breiig oder flüssig und gallig gefärbt. Der Ascites verkleinerte sich, die Bauchdecken wurden schlaff, und die Venenausdehnung derselben schwand nach und nach. Appetit und Schlaf waren gut. Die Kraft, sowie die Ernährung des Pat. fing sich zu heben an. Milz und Leber zeigten ihre frühere Grösse. Am 20. Juni 1865 wurde Pat. nach Karlsbad geschickt.

Ein Flüssigkeitserguss in der Bauchhöhle konnte nicht mehr nachgewiesen werden. Die Milz blieb vergrössert, die Leber etwas verkleinert. An den Bauchdecken keine ausgedehnten Venen sichtbar. Die Ernährung besserte sich merklich und die Kräfte sind so zurückgekehrt, dass Patient den grössten Theil des Tages ausser Bett zubringt.

Ueber den weiteren Verlauf kann ich leider nur sehr dürftige aber zur Beurtheilung genügende Notizen geben. Von Karlsbad rückte der Kranke zu seinem Regimente ein, und machte wieder Dienst. Im Jahre 1866 traten an verschiedenen Stellen Tophi auf, gegen die, soviel ich weiss, wieder Jodkali gegeben wurde.

Im Jänner 1869 kam in einem öffentlichen Locale ein blühend aussehender mit reichlichem Panniculus a diposus ausgestatteter Herr

auf mich zu, und richtete folgende Worte an mich: „Sie werden mich Herr Doctor wohl nicht mehr kennen, ich bin der Hauptmann M. v. F., dem Sie den Bauch 11mal angestochen haben; ich bin jetzt ganz gesund.“ Seitdem sah ich ihn einige Male bis vor etwa 3 Jahren (1878); er ist gesund geblieben, seine Ernährung ist eine sehr gute. Auch gegenwärtig (1881) ist er, wie mir Reg.-Arzt Dr. Picha mittheilt, vollkommen gesund. Mich besucht er nicht mehr, weil ich ihm die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses verweigert habe.

XII. Beobachtung. Chronischer Bronchialkatarrh mit röhrenartigen Bronchiectasien. Hirnhämorrhagien. Narben an der Leberoberfläche, höchst wahrscheinlich syphilitischen Ursprunges.

A. v. S . . e, pens. Oberlandesgerichts-Raths-Secretär, 56 Jahre alt, gibt an, dass sein Vater in Folge einer Schusswunde am Fusse, seine Mutter an einer ihm nicht bekannten Krankheit gestorben sei. Pat. selbst sei im ersten Jahre seines Schulbesuches von einem kleinen Baume herabgestürzt, wobei er auf den Rücken fiel; er konnte unmittelbar darnach wegen Schwäche der Beine nicht aufstehen, aber schon einige Stunden später war er wieder im vollständigen Gebrauche seiner unteren Extremitäten. Sonst sei er, einen im Jahre 1848 überstandenen mässigen Gelenkrheumatismus abgerechnet, stets gesund gewesen bis vor wenigen Jahren, wo er eines Tages des Morgens beim Versuche aus dem Bette aufzustehen bemerkte, dass ihm seine oberen und unteren Extremitäten gänzlich den Dienst versagten, ohne dass das Bewusstsein, die Sprache und die höheren Sinnesorgane irgendwie gestört gewesen wären. Den Abend vorher habe er sich beim Spiele aufgeregt, habe jedoch in der darauffolgenden Nacht ganz gut geschlafen. Diese Lähmung der Extremitäten verlor sich nach und nach im Zeitraume von 5—6 Monaten vollständig. Seit dem Jahre 1863 leide er an Husten mit Auswurf von Schleim, der sich jeden Winter verschlimmerte, ohne jedoch sein Allgemeinbefinden merklich zu beeinträchtigen. Am 6. Jänner 1865 Abends hatte Pat. keinen Appetit und fühlte sich abgeschlagen, so dass er sich zu Bette begeben musste. Als er am nächsten Morgen nach dem Erwachen sich anzukleiden versuchte, bemerkte er, dass seine linksseitigen Extremitäten halb gelähmt waren, dass er in denselben das Gefühl hatte, als ob sie eingeschlafen wären, obwohl das Tastgefühl in denselben er-

halten gewesen sei. Gleichzeitig will Pat. eine Spannung in der linken Gesichtshälfte wahrgenommen haben. Nichtsdestoweniger ging er auf einen Stock gestützt in die Leopoldstadt zu einem Arzte. Sein Gang soll wie der eines Betrunkenen gewesen sein und der Oberleib soll sich stets nach der kranken Seite gedreht haben. Nach und nach besserte sich sein Zustand und in 7 Monaten waren diese Störungen ganz behoben. Seit Juni 1867 traten in längeren Intervallen bald stärkere, bald schwächere asthmatische Anfälle ganz plötzlich ohne jede Veranlassung auf, die $^1/_2$—1 Stunde dauerten; sie wurden weder durch stärkeren Husten eingeleitet, noch waren sie auch von einem solchen oder von einer stärkeren Expectoration gefolgt. Ende August schwollen seine Füsse um die Knöchel an, welche Schwellung sich in kurzer Zeit allmälig wieder verlor. Während der letzten Zeit magerte Pat. sichtlich ab, und wurde schwächer. In der letzten Zeit soll sich vor jedem Anfalle ein Druck in der Magengrube, dem bisweilen ein brennendes Gefühl nachfolge, einstellen. Der Stuhl sei in der letzteren Zeit träge, die Harnmenge gering. In den letzten Wochen könne er manchmal nicht uriniren, ausser, wenn er die Blasengegend comprimire. Am 20. Jän. 1868 wurde Pat. auf die Klinik Duchek's aufgenommen. Er befand sich hier ziemlich gut. Am 21. Jänner um 11 Uhr Vormittags bekam Pat. ohne irgend eine Veranlassung ein lästiges Gefühl von Wärme in der Lendengegend, das sich sehr rasch gegen den Thorax erstreckte und alsbald stellte sich ein Anfall der stärksten Athemnoth ein. Die Respiration war sehr frequent und angestrengt, vorzugsweise costal; Pat. war stark cyanotisch, hatte stark ausgedehnte Halsvenen, sass mit stark vorgebeugtem Oberkörper, zog bei jeder Inspiration den Kopf stark nach rückwärts; die Intercostalräume zogen sich beim Inspirium ein; lautes Trachealrasseln war weithin hörbar; vorne am Thorax kein Athmungsgeräusch, rückwärts Rasseln und Schnurren. Die Extremitäten kühl; der Puls sehr klein und sehr frequent. Der Anfall dauerte in gleicher Intensität eine halbe Stunde, wurde dann unter Ausbruch von Schweiss allmälig schwächer und endigte mit Erbrechen einer geringen Menge von Schleim, worauf dann noch durch einige Zeit Kopfschmerz und Erschöpfung zurückblieb. Während des Anfalles wurde Chloroforminhalation vorgenommen. Der nach dem Anfalle gelassene Harn war hellgelb, klar und enthielt ziemlich viel Eiweiss.

Status praesens: 22. Jänner: Pat. mittelgross, von kräftigem

Knochenbaue, dünner, schlaffer Musculatur und fettlosem Unterhautzellgewebe. Die Haut schmutzig gelblichweiss, wenig elastisch. Zeitweise Eingenommensein des Kopfes, ausserdem leichte Gedächtnissschwäche und Vielgesprächigkeit. Störungen der Sinnesorgane nicht vorhanden. Ziemliche Körperschwäche. Die Kopfhaare grau. Die linke Nasolabialfalte ist weniger deutlich, als die rechte, und der l. Mundwinkel steht etwas tiefer und wird ein klein wenig minder gut gehoben, als dies rechterseits der Fall ist. Von Seite der übrigen Facialiszweige, von Seite der Augennerven nichts Abnormes. Die Zunge ist feucht, an der Spitze und an den Rändern mit blassgrauen Verdickungen bedeckt. Die Uvula steht gerade, die Gaumenbögen bewegen sich beiderseits gleich gut. Der Hals kurz und dick; die Jugularvenen mässig ausgedehnt. Die rechte Supraclaviculargrube ist fast verstrichen, die linke noch etwas angedeutet. Der Thorax kurz, breit und gut gewölbt; seine linke Hälfte etwas kürzer und weiter, als die rechte. Die Respiration ist nur sehr wenig beschleunigt, costo-abdominal. Die Intercostalräume sind nur wenig angedeutet und ziehen sich beim Inspirium nur wenig ein. Das Zwerchfell steht an der 7. Rippe. Die Herzdämpfung beginnt an der 5. Rippe, übergeht nach abwärts in die Leberdämpfung und erstreckt sich der Breite nach von der Mittellinie des Sternum bis zur Papillarlinie. Der Herzstoss im 5. Intercostalraume einwärts der Papille. Die Herz- und Gefässtöne begrenzt, der 2. Pulmonalton verstärkt. Die Radialarterien sind deutlich geschlängelt; Puls 80. L. V. unbestimmtes, R. V. rauh vesiculäres Athmen. Hinten beiderseits heller Percussionsschall und unbestimmtes Athmen, welches unten etwas abgeschwächt ist. Der Unterleib mässig gewölbt. weich, nicht schmerzhaft. Beiderseitige Leistenhernie. Die Leberdämpfung bis etwas unterhalb des Rippenbogens. Die Milzdämpfung nicht vergrössert. Im dunkelgelben, klaren Harne etwas Eiweiss. Die Extremitäten sind nicht ödematös. Sputum spärlich zähschleimig. 23. Jänner. Im Harne kein Eiweiss mehr. Von da an kamen die Anfälle immer häufiger und häufiger, schliesslich fast täglich; allmälig wurde Pat. auch zwischen den Anfällen etwas dyspnoisch. Er verlor den Appetit ganz, marascirte immer mehr, collabirte schliesslich, wurde leicht icterisch und starb am 4. April 1868.

Auszug aus dem Sectionsprotokolle: Leiche hochgradig abgemagert. Die Haut im Gesichte und die Bindehaut intensiv gelb; die Haut am Stamme und an den Extremitäten schmutzig gelblich-

weiss. Unterleib grubenförmig vertieft. Die Schleimhaut der Harnröhrenmündung schmutzig grauroth; aus derselben kann eine dünne, grauliche Flüssigkeit herausgepresst werden. Das Schädeldach ist spongiös. Die Dura mater lässt sich vom Schädeldache nur sehr schwer abtrennen; sie ist dick und zähe, gelblichweiss. Die weichen Hirnhäute stark verdickt und serös infiltrirt, getrübt und theils röthlichgrau, theils weisslichgrau gefärbt; in den Gefässen flüssiges, dunkelrothes Blut. Die Hirnsubstanz weich und leicht zerreisslich. Die Hirnventrikel ausgedehnt durch klare seröse Flüssigkeit. Am Vorderende des rechten Sehhügels eine fast erbsengrosse, unregelmässig rundliche, glattwandige, mit dünner farbloser Flüssigkeit gefüllte Höhle. Eine ähnlich beschaffene, jedoch nur linsengrosse Höhle findet sich in der Mitte des linken Linsenkernes. Am vorderen Ende des linken Sehhügels eine spaltförmige, 3—4 Mm. lange, mit schwarzrother feinbreiiger Masse gefüllte Lücke, in deren Umgebung die Hirnsubstanz weich und blassgelb gefärbt erscheint. Die Arterien an der Hirnbasis sind weit und klaffend; ihre Wandungen dick und ihre Innenfläche blassgelb, durch zahlreiche, plattenförmige Auflagerungen uneben. Die Blutleiter enthalten locker geronnenes, dunkelrothes Blut. Das Zwerchfell steht rechts in der Höhe der 5. Rippe, links in der Höhe des 5. Intercostalraumes. Die Rippen und die Kehlkopfknorpel sind theilweise verknöchert. Die Schleimhaut des Kehlkopfes und des oberen Theiles der Luftröhre ist dünn, gelbgrau, in den hinteren Partien schiefergrau, mit einer dünnen Schicht zähen Schleimes bedeckt. Beide Lungen sind im ganzen Umfange durch dicke, zähe, graulich weisse, hautartige Bindegewebsmassen mit der Umgebung verwachsen.

Bronchialblennorrhöe und röhrenartige Bronchiectasie. Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel des Herzens. Das Endocardium des linken Ventrikels mit einzelnen, grauweissen Flecken besetzt. Die Zipfeln der V. bicuspidalis leicht verwachsen, an ihrem freien Rande mehrfach knollig verdickt; die Aortenklappen dick und blassgelb. Atherose der Aorta. Im Bauchfellsacke einige Tropfen Serums. Die Leber an ihrer Oberfläche an einzelnen Stellen mit dem Zwerchfelle durch dünne, zähe Bindegewebsstränge verwachsen und daselbst in Form von stark vertieften, strahligen Narben eingezogen; ihre Kapsel an diesen Stellen stark verdickt und sehnig weiss; der untere Rand des rechten Lappens stark abgestumpft, der des linken leicht zugeschärft; ihr Parenchym hart grobkörnig brüchig, gelbbraun und hell-

gelb gefleckt. Die Gallenblase ragt 3—4 Ctm. unter dem Leberrande hervor und enthält dickflüssige, dunkelgrüne Galle. Die Milz klein; ihr Parenchym hart, brüchig, dunkelbraun, das Gekröse an mehreren Stellen von dünnen, weisslichen, narbenähnlichen Streifen durchsetzt. Das untere Ende des grossen Netzes ist mit dem S roman. innig verwachsen. Beiderseitige Leistenhernie. Sonst nichts Bemerkenswerthes.

Diagnose: Röhrenartige Bronchiectasie und Bronchialblennorrhöe. Hypertrophie und Dilatation des ganzen Herzens. Verdickungen an den Bicuspidalklappen. Atherose der Aorta. Alte apoplectische Cysten in beiden Sehhügeln und im linken Linsenkerne; frische Apoplexie im linken Sehhügel. Narben an der Leberoberfläche. Lungenanwachsung.

Ueber die Syphilis der fibrösen Gewebe und der Sehnenscheiden.

Von

Dr. N. Manssurow,

Docent an der kaiserlichen Universität in Moskau.

Die syphilitischen Leiden der fibrösen Gewebe, welche die Gelenkverbindungen umgeben und die Affectionen der fibrösen Sehnenscheiden bilden eine sehr seltene Erscheinung und kommen vielleicht bei 5 oder 10 unter 100 Kranken vor, in Wirklichkeit aber muss man ihnen weit öfter begegnen. Meine Ansicht gründet sich darauf, dass die Affection der fibrösen Gewebe oft von gar keinem anderen Symptome begleitet wird und oft so isolirt erscheint, dass man sie auf den ersten Blick für nichts bestimmt „Specifisches" erklären kann. Als ich mich mit ihr näher vertraut gemacht hatte, begann ich sie in den letzten Jahren meiner praktischen Thätigkeit öfter zu beobachten, während ich sie früher viel seltener zu sehen bekam. Wie ich glaube rühren die spärlichen Nachrichten über sie in der klinischen Literatur aus denselben Ursachen her.

Einem noch selteneren Leiden begegnen wir in der Affection der fibrösen Aponeurosis und des Zellengewebes, welches die Muskeln umgibt; ich verstehe hierunter nicht die abgesonderten Knoten oder Tuberkel, sondern die Affection der Aponeurosis auf grössere Ausdehnungen, z. B. auf ganze Muskeln.

Oft wurden Krankheiten der fibrösen Gewebe syphilitischer Natur nicht als Syphilis diagnosticirt, sondern man rechnete sie entweder zu den einfachen Knoten (Ganglien) oder zu anderen Neubildungen z. B. Hygromen, Fibromen, Chondromen und anderen, mit welchen sie auf den ersten Blick grosse Aehnlichkeit haben.

Da sich die obenerwähnten Neubildungen sehr langsam und allmälig entwickeln und zwar ohne schmerzhafte Empfindungen, so lenken die Kranken die Aufmerksamkeit ihres Arztes spät auf dieselben. Man bemerkt sie oft nur zufällig, am Ende der Heilung der Syphilis, wenn diese, sowie auch andere Produkte der Krankheit einer rückschreitenden Metamorphose unterworfen sind.

In der Literatur, besonders jener der 60er Jahre, ist die Frage über die Affection der fibrösen Gewebe sehr wenig berührt worden; es existiren allgemeine Hindeutungen auf die Leiden des Zellgewebes, der Muskeln, der Sehnen, der Nervengewebe und der anderen Organe, aber bis jetzt ohne besondere Beschreibungen derselben als klinischer Formen. Nur Verneuil und Fournier erwähnen der Neubildungen bei der Syphilis, denen sie den Namen von Hygromen geben.

Verneuil hat 4 Fälle von Hygromen beobachtet, welche gleichzeitig mit den ersten Erscheinungen der constitutionellen Syphilis sich zeigten.

Fournier hat sehr viele syphilitische Hygrome auf verschiedenen Körpertheilen gesehen. Ausserdem waren eine Menge anderer Formen, die schon längst beschrieben sind, wie: Nodi syphilitici, Tubercules profonds, Periostiten, gummöse Geschwülste, und der Ausgang dieser Krankheit in Verhärtung, Eiterung, Erstarrung, Knochenfrass u. s. w. noch nicht klar genug von den Leiden der fibrösen Gewebe abgegrenzt, ja überdies alle obenerwähnten krankhaften Erscheinungen noch nicht hinreichend vom klinischen Gesichtspunkte aus erklärt. Erst Virchow erläuterte die Histologie dieser Produkte und theilte die constitutionell-syphilitischen Affectionen in einfache (irritative) und gummöse. Diese Erscheinungen gehören zu zwei von einander sehr verschiedenen Perioden der Syphilis, und wir werden sehen, dass auch die Affectionen der fibrösen Gewebe, welche uns beschäftigen, denselben Perioden der Syphilis folgen.

Bei der Syphilis ist es besonders wichtig die Periode der Krankheit und ihren Charakter zu bestimmen. Aber wie erreicht man dieses? Hierfür gibt es zwei Wege: Die Untersuchung der Produkte der Krankheit und die klinischen Beobachtungen, wohin man auch die Anamnese und die therapeutischen Experimente rechnen muss.

In unserem Fall entscheiden wohl die klinischen Beobachtungen sammt den anatomischen Untersuchungen (soweit letztere am lebendigen Organismus möglich sind) vollkommen die Frage über die Periode der Krankheit. Aus den Beobachtungen, welche weiterhin mitgetheilt werden, wird der Leser ersehen, dass die Syphilis der fibrösen Gewebe sowohl in der condylomatösen, als auch in der gummösen Periode der Syphilis vorkommt. In der ersten Periode (oder richtiger nach derselben) finden wir sie jedoch öfter. Es ist bekannt, dass das Anfangsstadium der Syphilis einen Ueberschuss an äusseren Erscheinungen auf der Haut hat, auf dem Drüsengewebe, auf den Schleimhäuten u. s. w., aber am Ende dieser Periode verschwinden alle sichtbaren Anzeichen. Es bleiben nur noch isolirte Erscheinungen übrig, grösstentheils auf den blutgefässarmen Geweben und mit langsamer Metamorphose. Diese Erscheinungen pflegen sehr hartnäckiger Natur zu sein und gerade zu diesen Erscheinungen gehören auch die Leiden der fibrösen Gewebe bei der Syphilis.

Ausserdem begegnen wir bei solchen Kranken bedeutenden Abweichungen in der Ernährung des Körpers, Blutarmuth, Abmagerung, kachektischem Aspect und anderen Complicationen, welche zweifellos dem Gang der Syphilis ihr Siegel aufdrücken. Alles dies dient als klarer Beweis, dass die Blutansteckung (Diathesis) noch lange nicht abgenommen hat, und dass die Affection der fibrösen Gewebe ein tiefwurzelndes und hartnäckiges Leiden in der Reihe der Erscheinungen der Syphilis bildet.

Auf Grund alles Gesagten sehen wir, dass die Diagnose und die Heilung der fibrösen Leiden bei der Syphilis oftmals Schwierigkeiten darbieten, besonders wenn sie Aehnlichkeit mit anderen Krankheiten haben. Die Heilung selbst ist unter ähnlichen Umständen vielen Zufälligkeiten unterworfen, welche diese Formen der Syphilis zu lebensgefährlichen Leiden machen. So beabsichtigen wir einen Fall zu beschreiben, wo sich um das Knie bedeutende harte Geschwülste gebildet hatten, welche von den Aerzten für Fibrome oder Chondrome gehalten wurden. Mehrere Chirurgen schlugen dem Kranken eine Amputation des Oberschenkels vor, und nur die Furcht vor der Operation und ein günstiger Zufall, der ihn nach Pjätigorsk führte, rettete ihm sein Bein.

Der von mir zur Analyse gewählte Gegenstand hat ausser

seinem praktischen Interesse noch ein wissenschaftliches. Meine Aufgabe ist es, den Gang der Syphilis in den Geweben zu verfolgen, welche sehr selten von der Syphilis afficirt werden. Mit der Zeit wird es vielleicht den Gelehrten bei einer grösseren Menge von Beobachtungen endgiltig festzustellen gelingen, ob die Neubildungen auf den Sehnenscheiden und auf den fibrösen Geweben ein vollständig typisches Leiden der Syphilis bilden, und unter welchen Bedingungen sie am häufigsten vorkommen.

Bei meiner Darlegung beabsichtige ich folgende Reihenfolge einzuhalten: nach Untersuchung der Neubildungen auf den Sehnenscheiden und der Leiden der fibrösen Gewebe in der Nähe der Gelenke, welche der früheren Periode der Syphilis angehören, werde ich zur Beschreibung ähnlicher Formen und Fälle übergehen, welche der späteren oder gummösen Periode der Syphilis entsprechen. Unter anderen werde ich auch einen Fall anführen, wo die Ablagerung auf die fibröse Aponeurosis und das Zellengewebe, welches die Muskeln umgibt, überging.

Da ich über kein reichhaltigeres klinisches Material gebiete, um eine besondere Monographie der Neubildungen des Zellgewebes und der die Muskeln bekleidenden Fascien zu schreiben, werde ich mich für den Augenblick darauf beschränken, unter anderen Beobachtungen auch einen Fall mitzutheilen, der sich meiner Beobachtung darbot.

I. Die anatomischen Eigenthümlichkeiten der Neubildungen in den Sehnenscheiden und den fibrösen Geweben, sowohl syphilitischen als nicht-syphilitischen Charakters.

Bevor wir zur Beschreibung dieser Neubildungen schreiten, müssen wir ihrer Localisirung und ihres äusseren Charakters Erwähnung thun.

Die Geschwülste oder Knoten auf den Sehnenscheiden und dem fibrösen Gewebe zeigten sich in Gestalt von runden Massen, von der Grösse einer Erbse und Bohne bis zu der einer Wallnuss, Sie waren immer von der Härte eines Knorpels, ohne jegliche Fluctuation, niemals mit der Haut verwachsen, die immer beweglich und von normalem Charakter blieb. Ferner sassen die Knoten unbeweglich und behielten ihre Lage während des Zusammen-

und Auseinanderbiegens der Finger. Hiervon konnte ich mich überzeugen, wenn ich den Finger des Kranken stark drückte und ihn veranlasste seine Finger zusammen und auseinander zu biegen. Den auf der inneren oder oft äusseren Seite des Fingers sitzenden Knoten zur Seite zu bewegen, war sehr schwierig. Ein starker Druck auf die Geschwulst verursachte Schmerzen, da die Geschwulst gegen den Knochen gedrückt wurde.

Alle diese Eigenthümlichkeiten veranlassen mich die obenerwähnten Neubildungen für Ablagerungen auf das fibröse Gewebe und die Sehnenscheide zu halten.

Meine Meinung ist, dass wenn wir in diesem Falle die Haut, die normal und beweglich bleibt, sowie auch die Knochenhaut und den Knochen, welche tiefer liegen und auch normal bleiben, ausschliessen, und wenn wir vor uns eine auf dem Sehnentracte befindliche Neubildung haben, uns nur die eine Annahme bleibt, dass hier die Sehnenscheiden afficirt sind.

Die Sehnenscheiden aber halten einige Anatomen für ein den Aponeurosen ähnliches Gewebe, andere Gelehrte sind der Meinung, dass die Sehnenscheiden und die Sehnen selbst ein Ganzes im embryonalen Zustande bilden, und dass sich nur später, nach Massgabe der Bewegung der Sehnen und auf dem Wege der Atrophie seröse Säcke und Höhlungen gebildet haben, in denen sich die Sehnen bewegen. Ferner existiren bei Erwachsenen Anomalien, welche diese Ansicht bestätigen; so sind z. B. unter dem Lig. carpi volare die Sehnen nicht vollständig, und finden sich oft in einer Scheide mehrere Sehnen vor. Das die Sehnen umgebende lockere Zellengewebe wird nur mit der Zeit atrophirt, härtet sich und verwandelt sich in Säcke. Hieraus folgt nun, dass auch die Sehnen selbst von der Ablagerung der Syphilis afficirt werden können; da ich aber keine Gelegenheit hatte dieses Leiden zu beobachten, so stelle ich dieses nur als Hypothese auf.

Die syphilitischen Ablagerungen auf die fibrösen Gewebe und die Sehnenscheiden haben ihre anatomischen Eigenthümlichkeiten. Diese kann man leichter erklären, wenn man sich die Structur der normalen Sehnenscheiden ins Gedächtniss ruft.

Nach Kölliker bestehen diese Scheiden aus verschiedenen sich kreuzenden Bündeln des Bindegewebes mit elastischen Fasern;

ihre innere Oberfläche ist mit einem einschichtigen Epithel bekleidet, das aus vielseitigen kernhaltigen Zellen besteht. Pillenet[1]) findet, dass die Sehnenscheiden sowohl, wie die Schleimhäute aus Bündeln des Bindegewebes bestehen, zwischen denen sich elastische Fasern befinden. Ihr Unterschied von den Schleimhäuten besteht darin, dass sie dichter und weniger ausgedehnt sind. Sappey[2]) hält die Sehnenscheiden nur für Modificationen (dependances) der Aponeurosis und sagt, dass die Structur dieser beiden Gewebe ein und dieselbe sei. Nach seiner Meinung sind die Capillaren in den Sehnenscheiden ebenso zahlreich, wie in den Schleimhäuten. Die Lage der Gefässe ist eine derartige, dass sie in den äusseren Schichten zahlreicher, als auf den inneren sind (Richet).

Mit diesen Beschreibungen stimmt auch die Beschreibung von Dr. Nicolai Schmidt[3]) überein, welcher in seiner Dissertation die Structur der Sehnenscheiden genau darlegt, seine Hauptaufmerksamkeit jedoch auf die Duplicaturen und Villositäten richtet und sich dahin ausspricht, dass die Membran der Muskelscheiden reich an Gefässen ist, indem sie hierbei ein dichtes Netz verflochtener Gefässe nach verschiedenen Richtungen darstellt wobei die Maschen dieses Netzes der endothelialen Schicht sehr nahe kommen.

Die acute Entzündung, welche durch Einspritzungen der reizenden Substanz entstanden war, rief hauptsächlich Veränderungen in dem Endothel hervor, Einspritzungen des Eiters verursachten eine reichhaltige Eiterung in der Höhlung der Sehnenscheide und sogar eine Infiltration des benachbarten Zellgewebes. Das darüberliegende Bindegewebe war durchgehends von runden Elementen in Verbindung mit rothen Blutkügelchen in der ganzen Dicke der Haut stark infiltrirt.

Alle oben beschriebenen Erscheinungen traten deutlicher in den späteren Perioden hervor; ausserdem liess sich in den letzte-

---

[1]) Pillenet, Des synovit. et tendovaginites. Thèse. Paris 1874.

[2]) Sappey. Traité d'Anat. decript. T. II. p. 60.

[3]) Materialien zur patholog. Anatomie der Sehnenscheiden. Dissert. St. Petersburg 1880.

ren eine Vermehrung der Elemente in dem darunter liegenden Bindegewebe beobachten [1]).

Bei der Syphilis werden grösstentheils diejenigen Sehnen afficirt, welche sehr nahe an den Fingerknochen liegen, und zwar auf der inneren Handfläche und genau in den Beugestellen der Finger. Diese Localisirung deutet auch darauf hin, dass die Ablagerung (die meistens von der Grösse einer Erbse ist) sich auf dem Gewebe entwickelt, das oft einem Druck, äusseren Schlägen und einer Reibung an den darunter liegenden Knochen ausgesetzt ist. Nur pflegt hier der Verlauf der Krankheit ein ganz anderer zu sein, der mit dem Verlauf einer acuten Entzündung gar keine Aehnlichkeit hat. Ich habe noch nie die Verbreitung einer Neubildung auf der Sehnenscheide oder den benachbarten Stellen beobachtet, obgleich Charles Mauriac ähnliche Formen gesehen haben will. Die Ablagerung war immer isolirt und ging immer in Resolution über. Wenn wir uns aber die Frage stellen, welche Elemente der Sehnenscheide als Ausgangspunkt für eine Neubildung dienen, so hat die Beantwortung dieser Frage bis jetzt ihre Schwierigkeiten. Wenn wir nach allem vorliegenden Material urtheilen, so sind diese Ausgangspunkte die Villositäten und ihre Grundlage, nämlich das zarte Bindegewebe, welches am reichsten an den Blutgefässen ist. Das Netz dieser Gefässe kommt der endothelialen Schicht sehr nahe [2]). Aber bei einer weiteren Entwicklung der Neubildung bei diesem Leiden nimmt auch das benachbarte Zellgewebe Theil.

Eine syphilitische Ablagerung zeigt sich oft über dem Olecranon ulnae, wo der Knochen sehr wenig bedeckt ist oder um das Kniegelenk und in der Nähe des Hüftknochens (Trochanter), wo die fibrösen Gewebe und die Bursae mucosae auch oft einem starken Druck ausgesetzt sind (bei dem Liegen auf der Seite).

Schon Gabriel Fallopius [3]) sagt, dass der Lieblingsort für ähnliche Neubildungen, sowie auch für Tophi und Nodi, die den Knochen benachbarten Gewebe und die Knochen selbst sind.

---

[1]) Schmidt l. c. p. 36.

[2]) Schmidt l. c. p. 11.

[3]) Gabr. Fallopius, De morbo gallico, liber absolutissimus. Patavii 1564. p. 59.

„Circa pedes sunt (tumores) majori ex parte lapidosi et tophacei, nunc molles existunt. Loca sunt ligamenta articulorum, corpora ossium, periostia in quibus tumores dolorosissimi sunt.“ Es ist selbstverständlich, dass die Alten die Affection derselben fibrösen Gewebe und auf denselben Stellen beobachtet haben, wo wir sie jetzt sehen. Die Ursachen für die Localisation der Syphilis waren auch damals den jetzigen ähnlich.

Aber ich muss einige ausführliche Worte über die Ablagerungen oder Knoten über dem Ellbogen (Olecranon ulnae) und in der Nähe des grossen Trochanters sagen. Bekanntlich existiren hier im Zellgewebe besondere synoviale Säckchen, die sogen. Bursae mucosae und gerade auf diesen Stellen kommen die von uns beschriebenen Neubildungen vor. Der Umstand, dass hier ein mit Gefässen und Nerven versehenes Nebenorgan existirt, gestattet die Vermuthung, dass gerade diese Säckchen den Ausgangspunkt einer Neubildung bilden. Ich habe oft solche Geschwülste beobachtet, bis jetzt mir aber nicht erlaubt, eine Exstirpation einer solchen Geschwulst und zwar nur aus wissenschaftlichem Interesse zu machen. Die Erfahrung hat schon Lagneau gezeigt, dass die Eröffnung von syphilitischen Geschwülsten, besonders in der Nähe eines Knochens, oft nicht nur unnütz, sondern sogar gefährlich zu sein pflegt.

Wie weit können nun diese Säckchen von der Syphilis afficirt werden? Ich bin der Meinung, dass hiefür viele Chancen vorliegen, ungeachtet dessen, dass diese Säckchen oft „so klein sind dass man sie kaum bemerkt“ [1]). Erinnern wir uns, dass eine acute Entzündung in diesen Säckchen beginnen und in einen Abscess übergehen kann; erinnern wir uns auch einer chronischen Entzündung, deren Ausgang eine bedeutende Geschwulst und eine Ausdehnung der Drüsen sein kann.

Die Leiden der fibrösen Gewebe, der Sehnen und Muskeln, die von späteren Autoren beschrieben worden sind, beziehen sich alle auf die tertiäre Syphilis, auf die späteste (gummöse) Periode der Krankheit. Diese Neubildungen gehen entweder in Exulceration oder in Verhärtung [2]) über, aber Niemand ausser

[1]) Virchow, Geschwülste. Bd. I. p. 198.

[2]) Lancereaux, Traité des malad. venér. Paris 1864. p. 633.

Vidal beschreibt sie in der frühen Periode der Syphilis; gerade er sagt auch, dass diese Formen weit häufiger vorkommen, als es den Anschein hat, und dass sie Neigung zeigen in Verknöcherung und Verhärtung überzugehen.

Im übrigen hängt ihr Ausgang nach meinen Beobachtungen 1. von der Localisirung der Geschwulst und 2. vom Charakter der Krankheit und vom Grade ihrer Neigung zur Exulceration überhaupt ab. Wenn die Tuberkel oder die Pusteln in der Haut oder im Zellgewebe entstehen und Zerfall eintritt, so werden sie rasch exulceriren; das Geschwür dringt bis zur Sehne durch und der Zutritt der Luft verstärkt noch das Leiden. In den anderen Fällen erscheint die Neubildung auf den fibrösen Sehnen und zeigt keine Neigung zur Exulceration, wie alle von mir gesammelten Fälle zeigen. Endlich nehmen in einzelnen Fällen die fibrösen Gewebe deshalb Theil, weil im ersten Anfang die Knochen und Fingergelenke als ursprünglicher Krankheitsort dienen. Im ersten und dritten Fall können alle Gelenke anschwellen, ihre Biegsamkeit verlieren und dicke, aufgeschwollene Geschwülste zeigen. Dies ist dasselbe, was früher unter der Benennung Spina ventosa beschrieben wurde, und was jetzt meistens zur Syphilis gerechnet wird.

Vor Kurzem noch behandelte ich ein zweijähriges Kind, bei dem fast alle Zehen und die Fusswurzelknochen von solchen Geschwülsten afficirt waren. Ungeachtet dessen, dass es nur ambulatorisch und im Winter behandelt wurde — während meiner Vorlesungen in der Moskauer Facultätsklinik — verschwanden doch diese Geschwülste bei der Behandlung mit mercurialen Einreibungen.

Die syphilitischen Neubildungen auf den Sehnenscheiden und dem fibrösen Gewebe haben augenscheinlich eine grosse Aehnlichkeit mit den Knoten und Ganglien und den Hygromen auf denselben Geweben, die aber nicht syphilitischer Natur sind. Dieser Umstand veranlasst uns die Eigenthümlichkeit letzterer Krankheiten in Kürze in Betracht zu ziehen. Am häufigsten zeigen sich die Ganglia und Nodi äusserlich am Carpus, auf der Extensorfläche der Handwurzel, manchmal auf dem Ellbogen und um die Kniescheibe (Hydrops mucosarum, H. vaginarum tendinum, Ganglion herniosum, G. synoviale). Die

Fachmänner haben gefunden[1]), dass diese Hygrome sich unmittelbar entweder um die serösen Säckchen (Bursae mucosae praepatellares), oder um die Sehnenscheiden oder neben den Gelenken ausbilden, und somit stellt das Ganglion eine wirkliche Neubildung dar (Gosselin, Teichmann).

Die Verschiedenheit in der Härte oder Consistenz, im Inhalt und der Localisirung hängt hauptsächlich von der Differenz der anatomischen Structur dieser Gewebe ab. Anderweitige Bedingungen — der fortwährende Druck — üben Einfluss auf die Entwicklung der Hygrome aus. An den Stellen, wo ein Knochenbruch war, bildet sich eine Hervorragung in dem Knochen, die Haut ist einem fortdauernden Druck ausgesetzt und hier bildet sich die Bursa mucosa praeossea. Lobstein[2]) hat die Entwicklung der serösen Säckchen am Stumpf nach der Operation beobachtet. Ueberhaupt haben an dem Erscheinen neuer Säckchen oft zufällige Ursachen und Functionen der Organe Antheil; auch sind die Sehnenscheiden selbst und die serösen Säckchen nicht wirkliche seröse Säcke, sondern Stellen, wo sich in Folge der fortdauernden Bewegung durch einen Act der Atrophie Lücken im Bindegewebe bilden, mit der Zeit aber verwandeln sie sich in selbstständige Höhlen[3]).

Virchow findet, dass die Hygrome im Säckchen über dem Knochengelenk sich allmälig entwickeln, so dass oft in ihnen Reste eines Gewebes in der Form eines Trabeculum bemerkbar sind; dasselbe sagt er auch hinsichtlich der Hygrome der Sehnen, in welchen das Gewebe (der Sehnen) anfangs sehr locker ist, mit der Zeit aber dichter wird, bei der Entwicklung der Hygrome aber bemerkt man im Anfang ihrer Existenz Fäden und Scheidewände (Filamenta et Septa), so dass oft ein sog. Ganglion multiloculare vorliegt und endlich die Geschwulst auf eine Stelle beschränkt wird (G. uniloculare).

Klebs[4]) ist der Meinung, dass an Stellen, wo sich Hygrome zeigen, auch auf den serösen Säckchen ähnliche Bildungen vorkom-

---

[1]) Virchow, Die krankhaften Geschwülste. Berlin 1863. p. 196.

[2]) Lobstein, Lehrb. d. path. Anat. 1834. p. 268.

[3]) Virchow, Die krankhaften Geschwülste. Berlin 1863. p. 209.

[4]) Leitfaden der path. Anatomie, übersetzt von Rudneff. St. Petersburg 1871. p. 64.

men konnten, die nur unter dem Einfluss einer traumatischen Entzündung von der Flüssigkeit stärker angefüllt und ausgedehnt worden sind.

Der Inhalt eines Hygromes pflegt meistens eine besondere Abtheilung des Sackes zu sein, eine zähe gallertartige, colloidähnliche Masse. Aber manchmal pflegt dieser Inhalt auch hart zu sein, in der Art anders beschaffener Körper, welche aus der Sehnenhöhle in die Gelenkhöhle gedrungen sind (unter das Lig. carpi volare) die sog. Corpuscula pyriformia.

Alle Hygrome haben die Eigenthümlichkeit, dass sie von irritativen Processen herrühren, nur ist der Grad ihrer Intensität ein verschiedener.

Die Geschwulst (eines Hygroms) befindet sich immer auf der Stelle, wo im normalen Zustande ein seröses Säckchen liegt, oder sie entspricht der Lage einer Sehnenscheide [1]).

Wenn wir einen Blick auf die Hauptformen der Neubildungen werfen, die uns Virchow in seiner 10. Vorlesung „über die Geschwülste“ unter dem Namen von Ganglien und Hygromen beschreibt, ergibt sich, dass auch bei Syphilitikern dieselben Stellen afficirt werden, wo Geschwülste bei Nichtsyphilitikern vorkommen.

Dies bezieht sich besonders auf seröse Säckchen, welche sich in der Patella (Bursae praepatellares), an den Seiten des Kniegelenks, auf dem Ellbogen und auf anderen Stellen befinden, und auf die Aponeurosen, welche die Muskeln bedecken.

Diese Organe entzünden sich, wenn sie einer Reibung, einem Druck oder einem Schlage unterworfen sind, ihr Inhalt vergrössert sich, dehnt die Drüsen aus bis zur Grösse eines Eies und mehr — ein Bild, welches schon längst unter dem Namen „Hygrom“ beschrieben ist.

Die Affectionen der Sehnenscheiden rühren von denselben Ursachen her; hier verändern sich die Gefässe und die Bindegewebselemente, welche die parietale Platte der Scheide und wahrscheinlich längliche, seitliche und diametrale Duplicaturen bilden,

[1]) Warschawsky, Ueber die Hygrome. Dissert. Kaluga 1880. p. 28.

die reicher an Gefässen und an Zellgewebe sind (Replis longitudinaux, latéraux et sémilunaires [1]) als die Sehnenscheiden, und diese Elemente dienen als Substrat für eine Reihe kleiner Geschwülste, die sich bei der Syphilis finden.

Aber diese Formen haben bei der Syphilis einen ganz anderen Charakter, der von den einfachen „entzündlichen" verschieden ist. Hier ist keine Ansammlung von Exsudat in der Höhle des Sackes, hier finden keine Verbindungen mit der Gelenkshöhle statt; die Geschwulst bei der Syphilis ist immer kleiner und kommt am häufigsten nicht auf einem Gelenk vor, sondern auf vielen, z. B. symmetrisch auf beiden Knien (auf den Ellbogen) und heilt ohne Operation, nur bei antisyphilitischer Behandlung. Wenn ich die Beschreibungen von Volkmann und Warschawsky vergleiche, kann ich die Geschichte der syphilitischen Neubildungen in der Nähe des Knies noch durch die Facta bereichern, dass die syphilitischen Knoten oder Nodi nicht in der Wahl der Stellen begrenzt sind; so kommen sie auch in synovialen Säckchen vor, aber auch ohne solche direct im Zellgewebe [2]).

Als Beispiel für syphilitische Hygrome kann der 16. Fall des Dr. Warschawsky [3]) dienen, wo bei dem Kranken ausser einer Geschwulst auf der vorderen inneren Seite des rechten Knies und ausser einer Geschwulst von länglicher Form auf dem fünften Wurzelknochen der linken Hand auch noch Geschwüre und Ausschläge auf dem Körper vorkamen. Nach Entfernung des Inhaltes und nach Anlegung eines Verbandes verschwand die Geschwulst nicht, wohl aber bildete sich an ihrer Stelle ein Geschwür mit unebenen Rändern und zwei Fisteln. Der Autor selbst gesteht zu, dass die Exulceration von einer besonderen Vulnerabilität des Subjects hergerührt habe, das die constitutionelle Syphilis hatte.

Fast durch ebensolche Eigenthümlichkeiten zeichnen sich auch die Neubildungen auf den Sehnenscheiden bei der Syphilis aus, — aber gerade ihre Multiplicität, ihre unbedeutende Grösse, ihre Lage, ihre Localisirung (auf der inneren Handfläche) und ihre Heilung

---

[1]) Sappey, Traité d'anat. descript. T. II. p. 339.

[2]) Teichmann, Zur Lehre der Ganglien. Diss. Göttingen 1856.

[3]) Warschawsky a. a. O.

durch nicht chirurgische Mittel, bei antisyphilitischer Behandlung, liefern hinreichende Facta für ihre Charakteristik.

Die fibröse Ausdehnung, welche die Muskeln umgibt und die Aponeurosis werden gleich wie die obenerwähnten Gewebe afficirt; es ist aber eine grössere Aehnlichkeit mit der Affection der Muskeln selbst vorhanden. Bei der letzteren entwickelt sich in dem dazwischen liegenden Gewebe ein callöses Bindegewebe, während die ursprünglichen Muskelfasern atrophirt werden und verschwinden [1]). Bei Geschwülsten auf den Sehnen pflegt es etwas anderes zu sein (Bouisson) und hier ist die Geschwulst verschiedenen Veränderungen unterworfen: einer Erweichung, Verhärtung, Eiterung, Verknorpelung, Verknöcherung u. s. w., in Folge der plastischen Lymphe und der Hypertrophie. Ricord [2]) schreibt diese Neubildung nur einer plastischen Degeneration zu.

Ich muss hier hinzufügen, dass der Ausgang der syphilitischen Erkrankung einer Aponeurosis oft eine vollkommene Resolution sein kann.

Aber syphilitische Infiltrate der Aponeurosis auf grossen Flächen bilden eine sehr seltene Ausnahme. In der letzten Zeit habe ich ein ähnliches Leiden zweimal beobachtet. Im ersten Fall, der weiter unten beschrieben werden wird, war der Musc. sterno-cleido-mastoideus auf einer grossen Fläche afficirt. An seiner Stelle zeigte sich eine längliche Geschwulst von einigen Zoll Länge mit undeutlichen Rändern — ohne Grenzen — die fast unbeweglich war und die Kopfbewegungen hinderte. Ich konnte dieselbe weder für eine Drüsengeschwulst, noch für einen Kropf, noch für eine sackartige Geschwulst halten, und ich konnte sie nur als Infiltration der Halsfascien, und zwar eines Theiles der Fascie der Aponeurosis cervicalis superficialis diagnosticiren, die bekanntlich den Hals von hinten nach vorn umgibt und die Platte für die oberen Muskeln bildet.

Im zweiten Falle, der sich meiner Beobachtung vor nicht langer Zeit, im Herbste 1880, darbot, sah ich ein Infiltrat des Zellgewebes oberhalb des Schultergelenks. Die wie ein Knorpel harte Geschwulst füllte den ganzen Raum zwischen dem rechten

---

[1]) Virchow l. c. p. 66.

[2]) Clin. iconogr. p. 28 bis Fig. I.

Schlüsselbein, dem Schulterblatt und dem Hals aus. Alle Muskeln, welche die Schulter bewegten, waren gelähmt; als die Geschwulst abzufallen und sich zu resorbiren begann, zeigte es sich, dass auch der Schultergelenkkopf krank und ein wenig angeschwollen war. Der Kranke litt an der Syphilis schon länger als acht Jahre. Die letzten Jahre hatte er oft Periostiten auf dem Schädel (der Stirn) gehabt, die nur einer Behandlung mit Jod wichen und Einreibungen mit Mercurialsalbe. Im Sommer 1880 reiste er nach Staraja Russa, um warme Salzbäder zu nehmen, wo er noch 40 Einreibungen machte. Aber nach einer starken Erkältung (durch Regen) erkrankte er plötzlich, und bei ihm bildete sich rasch die obenerwähnte Form. Obgleich ich nicht die Entwicklung dieser Krankheit beobachten konnte, so sah ich doch ihren Rückverlauf. Nach langem Gebrauch von Jodkali und neuen Einreibungen begann die Geschwulst zu vergehen und die Bewegung der Schulter stellte sich halbwegs wieder ein. Am schwersten war für den Kranken das Aufheben der Schulter.

Die Stelle, an welcher sich hier die Geschwulst bildete, stellt in diesem Fall eine Vereinigung von vielen Organen und Geweben dar. Hier liegen ausser den Knochen, Muskeln und Drüsen noch das Zellgewebe und die Fascien. Welches Gewebe diente hier als Ausgangspunkt für die Erkrankung? Es ist schwierig zu sagen, wo die Ablagerung begann, da ich schon eine formirte Verhärtung sah, die mit einer normalen Haut bedeckt war. Indem ich meine Meinung auf die Natur des Leidens und die gewöhnliche Häufigkeit der Erkrankung des Zellgewebes und der Fascien bei der Syphilis basire, glaube ich, dass die Krankheit die Nackenfascien afficirte (Aponeurosis cervicalis media et profunda).

Wenn wir die erwähnten Erkrankungsformen betrachten — die Verhärtungen im Zellgewebe — so sehen wir, dass, welcher Art auch die Verhärtungen sein mögen, in ihren anatomischen Anzeichen viel Gemeinsames existirt, und dass sie viel Aehnlichkeit unter einander haben, aber schon in ihrer Entwicklung, in ihrem Verlauf und in ihrem Ausgang zeigen sich Merkmale, welche diesen oder anderen krankhaften Processen, die sich bald als acute Entzündung, bald als Degeneration (Verhärtung u. s. w.) äussern, eigenthümlich sind. Bei der Mannigfaltigkeit der Processe im Zellgewebe ergeben sich schliesslich irritative Processe verschie-

denen Grades, von denen die Form der Geschwülste, ihr Verlauf und ihr Ausgang abhängen.

Auch bei der Syphilis unterliegt es keinem Zweifel, dass die Neubildungen von irritativen Erscheinungen begleitet sind und einen plastischen Charakter haben. Aber nur die Entwicklung und das Verschwinden dieser Neubildungen unterscheidet sich wesentlich von den ersteren, den nicht-syphilitischen Produkten. Die Produkte der Syphilis sind den Gesetzen des Verlaufs der Syphilis unterworfen.

II. Ursachen der syphilitischen Neubildungen in den fibrösen Geweben. Periode der Syphilis, in welcher dieselben auftreten. Irritativer und gummöser Charakter der Ablagerungen.

Uns steht jetzt die Aufgabe bevor zu untersuchen, bei welchen Subjecten die fibrösen Gewebe und die Sehnenscheiden bei der Syphilis am häufigsten afficirt werden. Derartige Leiden haben wir am häufigsten bei Menschen mit lymphatischem Körperbau, und sehr selten nur bei Brünetten beobachtet. Bei lymphatischen Subjecten kommen im Kindesalter sehr häufig Erscheinungen von Scropheln und von Geschwüren der lymphatischen Drüsen vor. Die Stabilität dieser Bedingung ist so bemerkbar, dass wir den lymphatischen Körperbau als Moment betrachten können, welches im Voraus zur Afficirung der fibrösen Gewebe sowohl, als auch überhaupt für schwere Formen der Syphilis geneigt macht. Es ist aber bekannt, dass solche Subjecte oft blutarm und leicht einer Erkältung unterworfen sind, dass wir ihnen ferner öfter in kalten Klimaten begegnen. Hierdurch ergibt sich natürlich die Frage: ob die Syphilis der fibrösen Gewebe nicht eine Form ist, der Bewohner kalter Klimate und feuchter Oertlichkeiten öfter unterworfen sind.

Eine andere nicht weniger wesentliche Frage ist die Periode der Syphilis, in der die oben erwähnten Ablagerungen bemerkbar sind. Es liess sich erwarten, dass sie häufiger in der späteren Periode der Syphilis vorkommen, d. h. einige Jahre nach dem Beginn der Krankheit, in der Periode, wo sich Tuberkel in der Haut und dem Zellgewebe zeigen oder gleichzeitig mit gummö-

sen Geschwülsten. Die Affectionen der fibrösen Gewebe kommen jedoch auch früher vor, oft noch in der condylomatösen Periode der Krankheit, d. h. im ersten Jahre nach der Infection. Statistische Facta existiren bis jetzt hierfür nicht, und ich bin der Meinung, dass wenn bei einem Arzt viele Kranke mit veralteten Formen der Syphilis in Behandlung sind, bei einem anderen viele Kranke mit lymphatischem Bau mit schweren Formen der Syphilis (was selbstverständlich in einer bestimmten Oertlichkeit oder Klima vorkommen kann) — die Schlüsse Beider übereinstimmen werden. Die Krankheitsgeschichten, welche unten angeführt werden, werden die Folgerung begründen, dass Subjecte, welche nicht lange an der Syphilis gelitten haben, aber Lymphatiker sind, Leuten gleich sind, die sich lange mit veralteter Syphilis herumgetragen haben, und dass schwere Formen öfter bei Scrophulösen vorkommen.

Welchen Charakter die erwähnten Ablagerungen, sowohl irritative als gummöse haben, das wird man zum Theil aus den beigefügten Facten ersehen können. Ich muss noch hinzufügen, dass sich auch der gummöse Charakter selbst nicht immer zu ein und derselben Zeit äussert, sondern je nach den Umständen später oder früher hervortritt. Der Grad der Entwicklung, welchen hier die Gummata annehmen und ihr Ausgang werden je nach Umständen sehr verschieden sein. Ich konnte keine Eiterungen, Zerfall oder Exulceration der gummösen Geschwülste in den fibrösen Geweben beobachten und deshalb scheint es mir, dass diese Neubildungen am raschesten zur Resorption geneigt sind, besonders bei einer richtigen Behandlung.

In dieser Beziehung kann man eine Parallele ziehen zwischen den syphilitischen Knoten auf den Sehnen und den Knoten (Nodi) in der Haut und im Zellgewebe; zwischen den Gummata in der Haut und in den fibrösen Geweben. Bei allen diesen Formen endigt der Process oft mit einer Resorption der Geschwulst, aber bei den fibrösen Geweben vollzieht sich dieses öfter, auch erreichen hier die Geschwülste selbst keinen hohen Grad von Entwicklung und Zerfall.

Es wäre freilich wünschenswerth eine schärfere klinische und anatomische Unterscheidung zwischen diesen Formen zu finden,

als die erwähnte Aehnlichkeit. Aber zwischen einem Tuberculum syphilit., einem Nodus und Gumma ist es sehr schwierig eine Grenze zu ziehen. Virchow[1]) sagt, dass eher der Verlauf und Ausgang eines Produkts auf seine Natur hinweisen, als histologische Gründe. Die Identität der Knoten des Zellgewebes und der Haut mit den gummösen Geschwülsten muss noch durch weitere Erfahrungen bewiesen werden. In jedem Fall beschreiben sie Ricord, Dittrich und Rinecker als veraltete Formen der Syphilis, und ein Fall, der von Virchow[2]) ausführlich geschildert ist, zeigt, dass unter der Haut befindliche Tuberkel (bei Kindern) — eine sehr schwere Form — zur selben Zeit mit einer grossen Erschöpfung des Organismus verbunden waren.

Uebrigens haben eine Menge Autoren, welche schwere, veraltete und gummöse Formen der Syphilis beschrieben haben, sie bei entkräfteten Subjecten beobachtet. Sigmund[3]), welcher die Skerljewo-Seuche, die Falcadina, das Male di Breno am Golf von Fiume beschreibt, hält diese Krankheit für eine degenerirte Syphilis. Pernhoffer[4]), welcher auch die Skerljewo-Seuche untersuchte, theilte mit, dass er Geschwülste im Kniegelenk oder in der das Knie bedeckenden Haut fand, Knollen, die in Exulceration übergingen und Contracturen verursachten.

Einige Gelehrte, unter anderen v. Bärensprung, waren der Meinung, dass die mercurielle Behandlung zur Rückkehr der Syphilis geneigt macht, und zwar in ihren schwereren Formen. Kann man daher nicht Mercur für die Ursache der Ablagerung im fibrösen Gewebe halten? Diese Meinung war oft von den Antimercurialisten aufgestellt worden, jedoch ist sie von Vielen, und unter Anderen von Overbeck[5]), Kussmaul[6]) und Virchow[7])

---

[1]) Virchow, Ueber die Natur der const. syph. Affecte. Berlin 1859.

[2]) Gesammelte Abhandl. Berlin 1856. p. 595.

[3]) Ueber die Skerljewo-Seuche. Wien 1855.

[4]) Untersuchungen und Erfahrungen über das Krankheitsübel Skerljewo von G. Pernhoffer. Wien 1868. p. 59.

[5]) Overbeck, Mercur u. Syphilis. Berlin 1861.

[6]) Kussmaul, Untersuchungen über den constitut. Mercurialismus. Würzburg 1861.

[7]) Virchow, Ueber die Natur etc. p. 114.

bestritten worden. Letzterer erkennt noch einen indirecten Einfluss des Mercurs an, welcher, indem er eine Schwächung der Ernährung bewirkt, dem Erscheinen von schweren Formen der Syphilis günstig ist. Diese Ansicht ist vollkommen richtig und jeder Kliniker kann sie erproben. Aber nicht immer tritt eine solche Wirkung des Quecksilbers ein. Oft heilt das Quecksilber die Krankheit schnell; oft jedoch ist sein Einfluss auf die Krankheit sehr beschränkt, und ungeachtet des Mercurialismus wird die Krankheitsform verschlimmert. Diese Resultate der Wirkung des Mercurs auf die Syphilis gelten auch für die Affectionen der fibrösen Gewebe. Oft resorbiren sie sich rasch bei der Behandlung mit Mercur, oft aber hilft eine Behandlung mit Jod oder eine gemischte Behandlung mehr. Mercur hilft hier dann, wenn das Hauptunterscheidungsmerkmal der Anfälle (der Syphilis) einen plastischen oder produktiven Charakter hat; Jod hilft dann, wenn wir Mercurialismus oder überhaupt eine Neigung zur Exulceration und zum Zerfall der Gewebe bemerken.

III. Mikroskopische Eigenthümlichkeiten der Syphilis der fibrösen Gewebe.

Der histologische Charakter der Neubildungen in den Sehnenscheiden und in dem fibrösen Gewebe zeigt einige Eigenthümlichkeiten. Die ihrer Structur nach ihnen am nächsten liegenden — tiefen Tuberkel (Tubercules profonds) des Zellgewebes — zeigen sich gewöhnlich im Centrum als Verhärtung, nach welcher auch im Centrum Erweichung und Zerfall erfolgen; in dem fibrösen Gewebe aber bleibt die ganze Knotenmasse während der ganzen Zeit ihrer Existenz gleichmässig dicht. In einzelnen Fällen konnte ich die Exulceration im fibrösen Gewebe über dem grossen Trochanter beobachten; aber weit öfter ging die Krankheit in Resolution über. Diesem entgegengesetzt liess sich im Zellgewebe der Wade und des Schienbeins eine Eiterung andauernd beobachten. In einem Fall beobachtete ich gleichzeitig bei demselben Kranken sowohl eine Affection der Sehnenscheide als einen Tuberkel des Zellgewebes auf der Wade. Im Uebrigen resorbirte sich der letztere in Folge der Behandlung weit rascher, ungeachtet dessen, dass sich in seinem Centrum bereits eine Erwei-

chung, Fluctuation und Röthe der Decken vorfand. Auf diese Weise ist die syphilitische Neubildung in den fibrösen Geweben weniger zur Exulceration geneigt. Die Rückmetamorphose vollzieht sich auf dem Wege der Exulceration freilich weit langsamer als in den anderen Geweben, weshalb diese Formen auch zu den schweren gerechnet werden.

Kommt hierbei eine Atrophie des normalen Gewebes vor, wie sich auch eine Atrophie der Haut auf den Stellen zeigt, wo Tuberkel waren — analog jenem Processe an den Knochen, den Virchow[1]) so zweckmässig mit dem trockenen Knochenfrass identificirt, oder ist dies nicht der Fall? — Wenn wir nach allen Facten urtheilen, können wir eine ähnliche Folge (Atrophie) verneinen, denn hier liegt im eigentlichen Sinne keine Erweichung vor und können wir hier keine Abnahme des Gewebes bemerken.

Die Structur der tiefen Tuberkel des Zellgewebes entspricht der Structur des Granulations-Gewebes; hier lässt sich eine Vergrösserung und Wucherung der Zellen des Bindegewebes bemerken; gleichzeitig erfolgt eine Lockerung und Erweichung der dazwischen liegenden Substanz, so dass sich gegen Ende des Processes eine weiche, vasculöse Masse bildet, die sehr reich ist an runden, meistens einkernigen Zellen. Der tiefe Tuberkel stellt in seinem Centrum eine halbflüssige zähe Masse dar, in welcher wir mit Hilfe des Mikroskops einen bedeutenden Detritus und beziehungsweise kleine Zellchen mit nicht vollständiger fetter Degeneration finden; in ihrer Umgebung hat Virchow[2]) wiederum Granulationsgewebe mit ungewöhnlich reichhaltiger Wucherung der Zellen gefunden.

Die Neubildungen in den fibrösen Geweben unterscheiden sich wesentlich von diesem Bilde dadurch, dass sie keine centrale Erweichung zeigen. Sogar bei dem Ausschneiden eines solchen Knotens aus dem Finger (Fall 5) blieb derselbe eine gleichförmige Masse, wie dies später auseinandergesetzt werden wird. Alles dies erklärt sich aus der Unbedeu-

[1]) Virchow l. c. p. 44.
[2]) Virch'ow l. c. p. 46.

tendheit des Netzes der Blutgefässe und aus der Dichtigkeit der Elemente des fibrösen Gewebes.

Das Verschwinden der Neubildungen im fibrösen Gewebe haben wir oben dargelegt. Auf diesem Wege der Absorbirung vollzieht sich das Verschwinden der Infiltrate in den abgesonderten Knoten und auf grösseren Flächen, in dem Bindegewebe (Fascia) um die Muskeln, wie wir dieses weiter unten bei einem Fall der Degeneration des Musc. sternocleidomastoideus und in einem Fall von Ablagerungen in das fibröse Gewebe um das Knie beschreiben werden. In den Geschwülsten entwickelt sich die Fettmetamorphose der Zellen und beginnt die Absorption des Gewebes. Dieser Process vollzieht sich jedoch sehr langsam in einigen Monaten, und mir ist sogar ein Fall bekannt, wo sich Knoten auf den Sehnen einige Jahre erhielten. Aus allem Obengesagten können wir schliessen, dass die granulösen syphilitischen Geschwülste in dem fibrösen Gewebe ihren stabilen Charakter nicht nur während ihrer Bildung und ihres Wachsens beibehalten, sondern auch während ihres Rückganges.

Was den gummösen Charakter der beschriebenen Produkte anbetrifft, so glaube ich, dass die gummöse Degeneration dem fibrösen Gewebe wenig eigenthümlich ist. Wir haben gesehen, dass wir den Gummata am häufigsten im Zellgewebe, in der Knochenhaut und dann in den inneren Organen begegnen. Es ist jedoch unzweifelhaft, dass unter den syphilitischen Formen, wie den Tuberkeln, Knoten, Ganglia und Gummata Gradationen und Uebergänge aus einer Form in die andere auf dem Wege der Differentiirung existiren. Bei der Syphilis überhaupt gehen je nach ihrer Localisirung, nach äusseren Einflüssen, nach dem Verlauf ihrer Behandlung, ihre Produkte oft aus leichteren in schwerere über; aus stabilen gehen sie in Zerfall über u. s. w., wie dies überhaupt den Granulationsgeschwülsten eigenthümlich ist. Endlich existiren in den gummösen Geschwülsten nach Virchow[1]) in ihrem späteren Stadium überhaupt solche specifische Elemente und eine solche fortdauernde Structur nicht, dass

[1]) Virchow, Ueber die Geschwülste, übers. von Rudneff. St. Petersburg 1867. p. 269.

man in jedem Fall ganz genau eine Diagnose stellen kann. Der allgemeine Habitus und die allgemeine Structur eines Knotens charakterisiren eine Geschwulst weit mehr, als die besonderen Elemente. In den Elementen ihrerseits sind jedoch ihre Unbeständigkeit und ihre Neigung zu einem frühzeitigen Zerfall weit charakteristischer als ihre Formen und ihr äusserer Habitus. Und somit hält Virchow die gummösen syphilitischen Geschwülste, indem er in ihrer Structur nichts Specifisches annimmt, für Granulationsgeschwülste, und weist ihnen auf diese Weise einerseits eine besondere Stellung in der Reihe dieser Geschwülste an, unterscheidet sie aber andererseits, auf Grund der Eigenthümlichkeit in ihrem Verlauf, von anderen analogen Geschwülsten derselben Gattung. Aber dennoch glaubt Virchow, dass diese Geschwülste sich der Heteroplasie nähern und unterscheidet sie von früheren oder leichteren Formen, die er hyperplastische nennt.

IV. Fibröse Geschwülste in der früheren Periode der Syphilis.

Nachdem wir die allgemeine Charakteristik der Neubildungen in den fibrösen Geweben betrachtet haben, wollen wir zu speciellen Fällen übergehen und zuerst diejenigen von ihnen ins Auge fassen, die sich auf eine frühere Periode der Syphilis beziehen.

Fall 1. Allgemeine Syphilis und ihre Behandlung mit Mercur. Im dritten Monat der Krankheit zeigt sich eine Geschwulst auf der Sehnenscheide des Mittelfingers der linken Hand. Nach 7 Monaten resorbirt sich die Neubildung.

Herr T., 20 Jahre alt, ein Lymphatiker, von fast hellblonder Haarfarbe, erkrankte an einem Geschwür mit Verhärtung und darauf an einer chronischen Drüsenanschwellung und an der Flecksyphilis im Juni 1879. Die Roseola zeigte sich d. J. 11. Juli und darauf begann eine allgemeine Behandlung mit Mercurpillen. Bis zum 22. October nahm der Kranke 50 Gran Quecksilberchlorid ein. Die Krankheitssymptome verschwanden und gegen Ende der Behandlung war nur ein geringes Ausfallen der Haare bemerkbar und in Verbindung hiermit eine Vergrösserung einiger lymphatischer Drüsen. Im September

war eine Geschwulst von der Grösse einer Erbse bemerkbar, welche sich auf dem Mittelfinger der linken Hand, auf der inneren Handfläche befand und der Mitte der Phalanx entsprach, folglich gerade auf dem Uebergang vom Finger auf die Handfläche lag.

Die Geschwulst war wenig beweglich und erschien härter und schärfer abgezeichnet beim Geradernachen der Handfläche, verminderte sich jedoch beim Zusammenbiegen des Fingers; sie behinderte die Bewegung der Sehne nicht und bewegte sich nicht durch die Verkürzung des Muskels und sass folglich auf der Sehnenscheide. Beim Druck auf die Geschwulst äusserte sich ein geringer Schmerz und überhaupt genirte sie den Kranken, wenn er mit der Hand etwas Hartes fest anfassen wollte.

Unter dem Einfluss der Behandlung wurde die Geschwulst weicher und kleiner (22. October 1879); aber der Kranke setzte noch einige Zeit die Behandlung fort. Im Anfang des April 1880 waren bei Herrn T. keine syphilitischen Symptome bemerkbar; die Geschwulst auf dem Finger wurde weicher und beweglicher und verminderte sich auf die Hälfte und verschwand schliesslich gänzlich.

Fall 2. Allgemeine Syphilis und ihre Behandlung mit Mercur; im 9. Monat zeigen sich auf den Ellbogen und Knien Geschwülste des fibrösen Gewebes. Heilung nach mercuriellen Einreibungen.

Die Kranke, Wassilissa Iwanowa, Wärterin, 29 Jahre alt, blond, von mittlerem Wuchs und guter Gesundheit, erkrankte an der Syphilis im Juli 1879 durch das Kind, welches sie pflegte. Im Anfang zeigte sich eine Exulceration auf den Lippen und Roseola auf dem ganzen Körper. Im Herbste entwickelten sich grosse Flecken auf den Extremitäten mit starker Abschuppung (Psoriasis syphil.), dann Risse auf den Lippen und Knötchen auf dem behaarten Kopf (Papulae in capillitio). Im Winter 1879 nahm die Kranke gegen 20 Gran Quecksilberchlorid, und im Februar und März noch 16 Gran ein. Die Symptome verschwanden recht gleichmässig, ausser der Drüsenanschwellung. 16. Mai 1870. Auf der Zunge der Kranken sind Flecken verstreut (Plaques) von der Grösse eines Silbergroschens, von röthlicher Farbe. Das Epithel löste sich ab, aber es fand keine Exulceration statt. Die Drüsen verkleinern sich, auf den Lippen des Mundes sind Beschläge. Exulceration sichtbar. Der Haarwuchs kräftigt sich wieder;

auf dem rechten Ellbogen über dem Olecranon ulnae unter der Haut bildete sich eine harte wenig bewegbare Geschwulst, von der Grösse einer halben Haselnuss; sie war schmerzlos, die allgemeinen Decken waren unverändert, die Geschwulst sitzt in der fibrösen Ausdehnung zwischen der Knochenhaut und der Haut. Eine ähnliche, aber härtere Geschwulst von der Grösse einer Kaffeebohne oder Bohne sitzt auf dem rechten Knie, gerade unter dem unteren Rande der Patella.

Eine dritte Geschwulst von geringerer Grösse wird über dem Olecranon ulnae sinistrae bemerkbar.

Eine vierte Geschwulst von der Grösse einer Erbse sitzt über der Crista ulnae des linken Armes fast auf der Mitte des Unterarmes.

Eine fünfte Geschwulst von der Grösse einer halben Nuss war auf dem linken Knie, auch auf dem unteren Rand der Kniescheibe (Os patellae). Die Kranke klagte über Schmerzen an den Knien, wenn sie kniete, und in den Ellbogen, wenn sie sich auf sie stützte.

Vom 6. Mai bis zum 3. Juni machte die Kranke 24 Einreibungen mit grauer Salbe zu je einer halben Drachme. Auf den Lippen des Mundes heilen die oberflächlichen Geschwüre. Der Knoten in dem fibrösen Gewebe des rechten Ellbogens ist kaum zu fühlen; auf dem linken Ellbogen verringert er sich bis zur Grösse einer halben Cedernuss. Ebenso verringern sich auch beide Geschwülste über der Patella des rechten und linken Fusses bis auf die Hälfte. Die Behandlung mit Einreibungen wurde fortgesetzt. Bis zum 20. August machte die Kranke noch 48 Einreibungen, nach denen alle Symptome verschwanden und die Geschwülste auf dem fibrösen Gewebe liessen sogar keine Spuren zurück.

In beiden angeführten Fällen sind folgende Eigenthümlichkeiten bemerkbar: Eine Affection der fibrösen Gewebe und des Zellgewebes zeigte sich zwischen dem 3. und 9. Monat seit Beginn der Erkrankung, während wir ihr gewöhnlich nach einigen Jahren begegnen. Das Leiden dieser tiefen Gewebe wird in beiden Fällen von Erscheinungen der condylomatösen Periode begleitet; dieser Umstand erleichtert freilich die Diagnose.

Hier können wir noch eines Falles Erwähnung thun, wo die Syphilis im October 1877 begann. Im Januar 1878 war eine starke

Alopecie, im März eine Recidive der Roseola aufgetreten. Im September zeigten sich Tuberkel auf der Stirn und tiefe Knoten über dem rechten Knieknochen. Alle diese Symptome verschwanden nach mehrmaliger Behandlung mit Mercur.

Die Neubildung in den fibrösen Geweben ist bis zum Ende des ersten Jahres der Krankheit oft von anderen Symptomen begleitet, deren Combination eine grosse Mannigfaltigkeit zeigt.

Ich behandle augenblicklich einen Kranken, der an der allgemeinen Syphilis im Januar 1880 erkrankte. Nach 60 Einreibungen zu je einem Scrupel bildeten sich bei dem Kranken tiefe Knoten oder Tuberkel im fibrösen Zellgewebe: 1. auf der rechten Schulter, in ihrer Mitte, nahe am Rande des Musc. triceps, ein wenig bewegbarer Knoten von der Grösse einer Haselnuss; 2. ein ebensolcher tiefer Tuberkel auf der inneren Seite des linken Oberschenkels, näher zur Fascie, als zur Haut; 3. ein Tuberkel von der Grösse einer Erbse über der rechten Ellbogenbeuge, nahe an der Befestigung des Musc. biceps, aber mehr nach aussen. Der letzte Tuberkel entwickelte sich früher als die übrigen und verging früher, die anderen aber, deren Behandlung einige Zeit ausgesetzt worden war, zeigten sich später und boten gleichsam ein Recidiv der Krankheit dar. Gleichzeitig zeigte sich eine bedeutende Verhärtung der Mandeln, die sich lappig zeigen, und in ihnen bildeten sich Fisteln, aus denen eingedickte käseartige Massen hervortraten.

Zu diesen Formen, die man möglicher Weise Knotensyphilis der fibrösen Gewebe nennen kann, dürfte man auch folgenden Fall rechnen:

Fall 3. Allgemeine Syphilis, Behandlung mit Mercur; nach 17 Monaten bilden sich Knoten über dem linken grossen Trochanter.

Der Kranke, Herr M..., 21 Jahre alt, brünett, von mittlerem Wuchs, aber sehr blutarm, erkrankte an syphilitischem Schanker im Jänner 1879; er wurde vom April bis zum Juni mit Mercur-Einreibungen behandelt und nahm darauf Jodkali ein. 17. März wandte er sich an mich in Folge einer bedeutenden schuppigen Syphilis auf den Handflächen; ausserdem waren Plaques auf den Mandeln und Condylome um den After und auf dem Hodensack vorhanden. Nach

dem Gebrauche von Zittmann'schem Decoct (einen Monat) ging die Psoriasis syphil. vorüber; jedoch hatten sich die Drüsen ein wenig verändert. Der Kranke hat unter dem linken Trochanter eine harte Geschwulst, die grösser als eine Haselnuss, bewegbar und wenig schmerzhaft ist; der Kranke erinnert sich nicht, wann sie sich zeigte. Nach den ersten 24 Einreibungen mit grauer Salbe zu je 20 Gr., waren Veränderungen in der Geschwulst nicht bemerkbar; eine Besserung zeigte sich erst nach abermaligen 24 Einreibungen.

Der folgende Fall ist sowohl des Charakters der Ablagerungen, als auch der Combination der Symptome wegen bemerkenswerth; obgleich er dem vorhergehenden sehr nahe kommt.

Fall 4. Syphilis mit Mercurialbehandlung; tiefe Tuberkel über dem rechten Trochanter, $2^1/_2$ Jahre nach Beginn der Krankheit.

Der Kranke, W—ow, 40 Jahre alt, blond, von mittlerem Wuchs, ist sehr mager und durch einen alten Katarrh der Vorsteherdrüse entkräftet. Ein verhärtetes Geschwür zeigte sich im November 1877 und darauf stellten sich — vage — Schmerzen und Roseola ein. Vom 20. December bis zum 20. April machte der Kranke 60 Einreibungen und trank darauf Zittmann'sches Decoct. Ungefähr im Mai 1878 bildeten sich bei ihm Knötchen auf den Mandeln und Tuberkel unter der Haut auf dem Ellbogen (nahe am Olecranon ulnae). Nachdem er vom August an Pillen aus Quecksilberchlorid gebraucht hatte (die er überhaupt schlecht vertrug) hatte er noch Condylome im After. Im übrigen litt er noch an Erkältung, leichtem Speichelfluss, Schlaflosigkeit und Entkräftung. Im Frühjahr 1880 bildete sich bei dem Kranken eine Geschwulst von der Grösse einer halben Wallnuss, die hart wie ein Knorpel war; sie befindet sich gerade unter dem rechten grossen Trochanter, ist beweglich und schmerzlos, die Haut unter ihr ist von normalem Charakter. Wenn man sie befühlt, zeigt es sich, dass sie aus 2 ungleichen Theilen besteht. Dem Kranken wurde eine Kumyskur in Samara und Schwefelbäder in Sergiewsk verordnet.

Mit diesen Beobachtungen beschliessen wir diejenigen Fälle, wo tiefe Tuberkeln, Knoten und Neubildungen in den fibrösen Geweben mit der condylomatösen Periode zusammenfallen. Wir hätten die Zahl derartiger Beobachtungen vermehren können,

dies würde aber nur für die Statistik, nicht aber für die Erkenntniss des Verlaufs und der Behandlung der Krankheit von Nutzen gewesen sein.

Andererseits habe ich es sorgfältig vermieden, hier nicht weniger interessante und seltene gleichartige Fälle zu beschreiben, die aber nicht von klarem syphilitischen Charakter waren. Ich habe mich nur auf mein Auge verlassen und die Syphilis nur dann diagnosticirt, wenn ich selbst ihre Symptome an dem Kranken und ihr weiteres Schicksal sah.

Jetzt wollen wir zu dem Fall übergehen, wo ich zum ersten Mal ausgedehnte Verbreitung der Syphilis auf den Sehnenscheiden beobachtet habe:

Fall 5. Allgemeine Syphilis; im zweiten Jahre der Krankheit zeigen sich Nodi auf den Ellbogen und Knien; im dritten Jahre der Krankheit bilden sich Knoten auf den Sehnenscheiden der Finger. Heilung mit Hilfe von mercuriellen Einreibungen.

Madame P—wa aus W., 27 Jahre alt, blond, von mittlerem Wuchs und kräftigem Körperbau, erkrankte an Syphilis im Mai 1874. Im December zeigte sich bei ihr ein papulöser Ausschlag auf der Stirn, auf den Schienbeinen, Plaques auf der Schleimhaut des Rachens. Vom 19. December 1874 bis zum 23. April 1875 hatte die Kranke 14 Gr. Quecksilberchlorid eingenommen und darauf bis zum 26. März 1876 60 Einreibungen von Quecksilbersalbe wegen eines schuppigen Ausschlages auf den Handflächen und Sohlen (Psor. syph.) gemacht. Einige Monate nach dieser Behandlung zeigten sich bei der Kranken Tuberkel unter der Haut von der Grösse einer Haselnuss, über der Patella, die vollkommen schmerzlos und beweglich waren und lange ohne Veränderung der über ihnen befindlichen allgemeinen Hautdecke blieben. Im Februar 1877 nahm die Kranke 7 Drachmen Jodkali ein und machte im Mai 15 Einreibungen je zu einem Scrupel, und alle Erscheinungen verschwanden. Ein Jahr nachher wiederholten sich diese Geschwülste unter der Haut auf dem Ellbogen und den Knien (Nodi syph.). Den ganzen Juni und Juli 1878 hindurch gebrauchte die Kranke Jodkali und machte gegen 30 Einreibungen (zu je einem Scrupel). 12. October 1878 erschien die Kranke wieder in Moskau mit ähnlichen Geschwülsten auf den Ellbogen, der inneren Handfläche und den Fingern. Auf dem rechten

Ellbogen 2·6 Centim. unterhalb des Gelenkes an der äusseren Oberfläche des Ellbogenknochens ist unter der Haut eine knorpelharte Geschwulst von der Grösse einer halben Wallnuss bemerkbar, welche sich übrigens etwas lappig zeigt, ihre Theile sind von der Grösse einer Haselnuss und kleiner. Auf der Mitte der inneren, rechten Handfläche befindet sich eine Geschwulst unter der Haut, die hart, wenig beweglich und von der Grösse einer Haselnuss ist. Eine andere Geschwulst befindet sich auf der Rückseite des 3. Fingers auf dem rechten Gelenk; sie ist schon in der Periode der Resorption begriffen.

Ferner sehen wir auf der Rückseite desselben Fingers auf dem 2. Gelenk eine Geschwulst von der Grösse einer Cedernuss.

Eine Geschwulst auf dem 3. Fingergelenk der inneren Handfläche.

Auf dem 4. Finger finden sich 3 Geschwülste auf der inneren Handfläche und eine auf der Rückfläche, sie sind nicht grösser als eine Cedernuss. Auf dem Mittelfinger 4 Geschwülste von der Grösse einer Cedernuss, sie sitzen zu je einer auf dem Gelenk; deshalb erinnert die innere Fingerfläche auf beiden Händen an einen Rosenkranz, eine Geschwulst befindet sich auf der Rückfläche des Mittelfingers. Auf der linken inneren Handfläche, näher zum 3. Finger befindet sich eine Geschwulst von der Grösse einer Haselnuss. Ueber dem rechten Os patellae befindet sich eine Geschwulst von der Grösse einer halben Wallnuss, eine ebensolche über dem linken Os patellae, sie ist beweglich und fast schmerzlos. Ausserdem fühlt die Kranke ein Zusammenziehen im Schlunde, Hinderniss beim Schlucken und zeitweilig verliert sie ihre Stimme; jedoch waren bei einer Untersuchung des Halses auf demselben weder Verhärtungen noch Geschwülste vorhanden. Die Kranke klagt darüber, dass sich bei ihr am Morgen Druck auf der Magengegend und Stiche einstellen; übrigens kommt dies auch am Tage vor, besonders nach dem Mittagessen.

Behandlung. Es wurden ihr 20 Gran Jodkali in 24 Stunden und Einreibungen zu je einem Scrupel am Tage verordnet. 28. Nov. Alle Geschwülste nahmen bedeutend ab, die Bewegung der Finger wurde freier, der Schmerz beim Druck auf die Finger geringer. Die Magenkrämpfe wurden gegen Ende des Octobers heftiger; sie verstärkten sich oft sowohl während des Einnehmens von Jodkali, als

auch ohne dasselbe, d. h. unabhängig vom Einfluss der Arznei auf den Magen. Die Behandlung wurde nicht bis zum 1. Jänner 1879 unterbrochen. Die Patientin hatte keine Krankheitssymptome bis zum October 1880. Als ich sie wieder sah, war nur noch eine Geschwulst von der Grösse einer Nuss in der Nähe des Randes der rechten Patella und der Squama cornea auf der rechten Sohle übrig geblieben.

Mikroskopische Untersuchung. Am 12. Oct. schnitt ich mit Erlaubniss der Patientin eine von den Geschwülsten auf dem letzten Gelenk des Mittelfingers von der Grösse einer Erbse aus. Indem ich einen geraden Einschnitt am Ende des Mittelfingers der linken Hand von der inneren Handfläche machte und die Geschwulst mit einem Scalpell separirte, nahm ich die Geschwulst mit einer Pincette heraus und schnitt sie behufs der Untersuchung auf. Unter dem Mikroskop zeigte sich, dass die Geschwulst aus einer compacten faserigen Masse bestand (welche jedoch aufgequollen war und viel Saft enthielt; nach dem Aufschneiden fiel sie zusammen und fühlte sich weich an). Ueberall war eine Wucherung der Zellen des Bindegewebes bemerkbar, welche stellenweise in Art von Streifen eine bedeutende Anhäufung zeigte, so dass das Stroma von ihnen angefüllt war; an anderen Stellen zeigte die faserige Structur wenig Abnormales. Die Proliferation der Zellen und Körnchen war im Centrum des Knotens bedeutender als in der Peripherie. Die Ueberfüllung des Gewebes mit indifferenten Zellen hatte sich noch nicht ganz vollzogen, die Geschwulst schien im Anfang ihrer Entwicklung gestanden zu sein. Die Kranke hatte im Ganzen 16 Geschwülste, die sich im Fasergewebe, welches das Knie und die Ellbogen bedeckt, und theilweise in den fibrösen Sehnenscheiden der Hände (der Finger- und Handflächen) befanden. Die letzteren zeigten sich nachher, während sich eine Affection der Gewebe unter der Patella früher kund gab. Ueberhaupt begegnen wir ihr früher als den Knoten in den Sehnenscheiden. Ebenso oft treffen wir Knoten in dem fibrösen Gewebe des Ellbogens (in der Nähe des Olecranon ulnae) an.

Die Rückbildung dieser Neubildungen vollzieht sich auf dem Wege der Absorbirung nach einer vorhergehenden fettigen Degeneration der Zellen des Bindegewebes; hierbei geschieht die Absorption der Knoten auf den Sehnenscheiden rascher und vollständiger, als die der Geschwülste auf den Ellbogen und Knien. Dies hängt wohl von der

Grösse des krankhaften Produktes ab und vielleicht auch von dem Grade der krankhaften Entwicklung der Neubildungen.

V. Geschwülste der fibrösen Gewebe in der späteren Periode der Syphilis.

Die Affection des fibrösen Gewebes und Zellgewebes um das Knie bildet eine noch seltenere Erscheinung, als die vorhergehende Form der Syphilis. Ich habe oftmals undeutliche Infiltrate im Zellgewebe um das Knie ad condyla, ad patellam gesehen. Aber diese Formen waren so undeutlich, dass man in allen Fällen ebenso eine Affection der Knochenhaut annehmen, oder zum Wenigsten vermuthen konnte, dass dasselbe auch an dem Leiden Theil hatte (Periostitis syph.). Aber jetzt liegt es mir ob, einen exquisiten und bis jetzt einzig dastehenden Fall der Affection des Knies zu beschreiben. Soviel mir bekannt ist, haben wir in der medicinischen Literatur keine Beschreibung dieser Form; und selbst wenn dieselbe auch vorgekommen ist, wurde sie doch nur zu den einfachen Hygromen gerechnet.

Fall 6. Allgemeine noch nicht geheilte Syphilis und zwei Jahre seit Beginn der Krankheit eine Neubildung im fibrösen Gewebe um das Knie. Heilung durch Einreibungen und Bäder in Pjätigorsk. Nach $3^1/_2$ Jahren Sarcocele syphilitica. Behandlung mit Jodkali und mercuriellen Einreibungen und Resorbirung der Geschwulst. Nach weiteren 2 Jahren ein Recidiv als Sarcocele und seine Heilung durch Einreibungen mit mercurieller Salbe.

Herr N. N., 26 Jahre alt, brünett, von mittlerem Wuchs, der von Kindheit an an Finnen im Gesichte litt, erkrankte an einem syphilitischen Geschwür im Jänner 1873. Darauf zeigte sich auch ein maculos-papuloses Syphilid, auf welches der Kranke mit Mercur-Pillen behandelt wurde; im Laufe eines Jahres zeigten sich bald Papeln auf dem Gesicht und Hals, bald wunde Stellen auf den Lippen und dem Rachen (Plaques). Die Verhärtung in den Drüsen ging auch lange Zeit nicht vorüber, und die Behandlung, die der Kranke öfter unterbrochen hatte, begann von neuem. Ende 1874 begannen sich bei dem Kranken Unebenheiten und harte Geschwülste um das rechte Kniegelenk, etwas über demselben, zu bilden. Die Haut über demselben war vollkommen normal und beweglich; die Geschwulst

vollkommen schmerzlos und nur empfindlich bei einem starken Druck; sie hatte eine lappige Structur und bestand gleichsam aus abgesonderten Halbkugeln von der Grösse einer halben Wallnuss; diese Geschwülste fühlten sich vollkommen hart an, beinahe wie ein Knorpel. Besonders viele fanden sich am äusseren und inneren Hüftbeinkopf vor, überhaupt sassen sie nicht höher als die Befestigung der Oberschenkelmuskeln. Die Beweglichkeit der Geschwulst war sehr gering, — sie sass fast im fibrösen Gewebe um das Gelenk. In der Kniekehle waren keine Geschwülste, dagegen war die Haut ausgedehnt und das ganze Knie verunstaltet, es war fast $1^1/_2$mal dicker als das andere.

Die Geschwulst vergrösserte sich allmälig und erreichte gegen das Frühjahr 1875 ihre grössten Dimensionen. Im Anfang behinderte sie die Bewegung des Fusses und das Beugen des Knies nicht; aber nach einem halben Jahre war sie schon bedeutend hinderlich für den Kranken. Keine Entzündungserscheinungen, keine Erweichung, Eiterung und Gefässbildung war bemerkbar. Der Kranke consultirte viele Chirurgen und einige, die die Geschwulst für ein Chondrom, für eine fibröse, bösartige Neubildung hielten, riethen ihm zu einer Amputation des Oberschenkels. Ich verordnete ihm Jodkali, da ich seine vorhergehende Syphilis im Auge hatte. Unterdessen reiste der Kranke im Jahre 1875 in den Kaukasus, nahm in Pjätigorsk Schwefelbäder und machte Einreibungen, nach denen eine Besserung erfolgte. Dann setzte er die Einreibungen fort.

Im Sommer 1876 begann sich bei dem Kranken eine Geschwulst der rechten Samendrüse (Sarcocele syphil.) zu entwickeln, die sich bis zur Grösse einer Faust ausdehnte. Beim Betasten konnte ich, ungeachtet dessen, dass die Geschwulst recht gespannt war, dennoch Unebenheiten durchfühlen. Gleichzeitig stellten sich Schmerzen, vorzüglich in der Nacht, ein. Zuerst wurde Jodkali verordnet, darauf Einreibungen mit Mercur, die der Kranke, wenn auch mit Unterbrechungen, fast ein halbes Jahr gebrauchte.

Im übrigen vergrösserte sich nach einem Jahre (im Frühling 1879) die Geschwulst und Verhärtung in der rechten Samendrüse noch ein Mal, die Krankheit wich jedoch einer neuen Reihe von Einreibungen. — Seit 1879 war der Patient von allen Symptomen der Krankheit befreit.

Die Neubildung, die wir in diesem Fall beschrieben haben, befand sich in dem fibrösen Gewebe, das das Kniegelenk umgibt und in die Sehnen der Muskeln des Oberschenkels übergeht. Sie zeigte sich im 3. Jahre der Krankheit, aber ein Jahr darauf entwickelte sich die viscerale Syphilis — die Affection des Hodens. Der Hoden erkrankte im 4. und darauf nochmals im 5. Jahre seit Beginn der Krankheit. Folglich entspricht die Krankheit des Hodens der sogen. tertiären Periode, die Affection des Knies jedoch der secundären Syphilis. Im Anfang, als die Geschichte des Kranken nicht so klar dargelegt war, wie jetzt, sie den anderen Aerzten überhaupt fremd war, war es verständlich, dass eine Diagnose der Geschwulst sehr schwierig war. Das Fehlen von anderen Symptomen, ihr ungewöhnliches Aussehen, ihr fortwährendes Wachsthum, ihre Aehnlichkeit mit einem Sarcom, Fibrom und Chondrom, welches besonders oft auf den Diaphysen des Oberschenkels gefunden wird [1]), Alles dieses veranlasste einzelne Aerzte dem Kranken den Rath zu geben, sofort zu einer operativen Behandlung seine Zuflucht zu nehmen.

Es wäre jetzt von Interesse die Frage zu entscheiden, welche Elemente und Gewebe eigentlich von der Syphilis im vorliegenden Fall afficirt waren. Eine genaue Entscheidung dieser Frage wäre nur vermittelst einer mikroskopischen Untersuchung nach Ausschneidung der Geschwulst möglich, was freilich in der Praxis nicht ausführbar ist. Ueberhaupt verschlimmert bei der Syphilis das Oeffnen von Drüsen, Knoten und gummösen Geschwülsten den Verlauf der Geschwülste und verursacht den Zerfall der Gewebe und Knochenfrass, wenn die Geschwulst in der Nähe von einem Knochen liegt, während sich die Geschwülste sonst leicht ohne Folgen resorbiren könnten (Lagneau).

Die Gelenkknorpel sowie auch die Patella hatten hier am Leiden überhaupt keinen Antheil. Hierfür spricht sowohl ihre regelmässige Lage, wie der Umfang des Knies, seine regelmässigen Functionen, das Fehlen der Wassersucht. Ebenso kann man als sedes morbi weder das synoviale Säckchen (Capsula s. Membrana synovialis) noch das Gewebe, welches unmittelbar über ihm liegt,

---

[1]) Virchow, Die krankh. Geschwülste. p. 523.

annehmen. Denn in solch einem Fall würde das Gelenk wohl ernste Veränderungen in seiner Form und Function erlitten haben. Es ist bekannt, dass das synoviale Säckchen [1]) eine sehr dünne, glänzende und dichte Haut ist, die entweder dicht auf den Gelenkknorpeln liegt oder sich weiter auf den Knochen selbst verbreitet. Ihre Structur unterscheidet sich nicht von der Structur der Knochenbänder. Ferner war, wie wir aus dem von uns beschriebenen Fall ersehen, der Gang durch die Geschwülste nur wenig beeinträchtigt, diese lagen etwas höher als das Kniegelenk, auf dem Niveau der Condyli femoris, nahe an der Anheftung der Muskeln des Oberschenkels, und waren etwas beweglich. Folglich diente als Ausgangspunkt das fibröse Gewebe — Fascia lata und die Sehnenausdehnungen der Muskeln des Oberschenkels.

Syphilitischen Neubildungen, die dem vorhergehenden Fall sowohl nach der Periode der Krankheit, nach ihrer Form und nach ihrem Ausgang sehr nahe kommen, begegnen wir noch in den Aponeurosen, den Fascien und dem die Muskeln umgebenden Zellgewebe. Hier nimmt der Process oftmals sehr weite Gewebeflächen ein, wodurch er sich auch wesentlich von den Knoten des Zellgewebes (Tubercules profonds), von den Knoten auf den Sehnenscheiden und von den gummösen Leiden der Muskeln im engeren Sinne, z. B. von jenen der Muskeln der Zunge, unterscheidet. Aber auch bei den Gummata in der Zunge, wo die Geschwülste von der Grösse einer Nuss sind, fassen sie in den Dicktheilen der Zunge Wurzel, dennoch dient als Ausgangspunkt der Krankheit das Zellgewebe, nicht aber das Muskelgewebe. Dieses letztere Gewebe kann entweder atrophiren oder in Exulceration übergehen, aber nur auf consecutive Weise. Es ist schwer zu entscheiden, welche die nächstliegenden Ursachen für solch eine Localisirung der Syphilis sein können. Die Diagnose solcher Geschwülste pflegt überhaupt schwierig zu sein; aber der Umstand, dass vor kurzem anderweitige Symptome der Syphilis existirten, wirft ein helles Licht auf den Ursprung der Geschwulst. Andererseits bestätigt die Behandlung die Natur des Leidens. Diese Anzeichen in Verbindung mit den anatomischen Eigenthümlichkeiten genügen, um den Charakter der Krankheit zu bestimmen.

[1]) Koelliker, Gewebelehre. III. Aufl. p. 231.

Fall 7. Allgemeine Syphilis, Behandlung mit Mercur; nach $3^1/_2$ Jahren Erscheinen einer Geschwulst in der Fascia des Musc. sterno-cleido-mastoideus; Heilung.

Madame D—w., 34 Jahre alt, mager und blutarm, von mehr als mittlerem Wuchse, erkrankte an Syphilis im Jänner 1875. Nach mercurieller Behandlung bildeten sich nach 2 Jahren (1877) bei ihr Tuberkel auf dem Schienbeine und darauf serpiginöse Geschwüre. Im Laufe des Juli 1877 nahm die Kranke Jodkali zu 15 Gr. in 24 Stunden ein und darauf jodhaltiges Quecksilber (8 Gr.), ferner machte sie 18 Einreibungen zu je einem Scrupel. In Folge eines mercuriellen Katarrhs wurden diese Mittel unterbrochen und von neuem Jodkali gegeben. Im November entwickelte sich bei der Kranken eine Periostose auf dem linken Schienbeine, eine Vergrösserung der Halsdrüsen und eine durch Erkältung entstandene Entzündung des äusseren Ohres (Jodkali und Chinin).

Im September 1878 wandte sich die Kranke wieder an mich in Folge einer Halsgeschwulst längs des Musc. sterno-cleido-mastoideus. Die Geschwulst hatte eine schräge Richtung von oben nach innen und etwas nach vorne; war von länglicher Form, fast gänzlich unbeweglich und vollkommen hart, wie ein Knorpel. Sie ergriff den erwähnten Muskel oder floss mit ihm, besser gesagt, zu einem Ganzen zusammen, denn ich konnte den Muskel nicht besonders herausfühlen. Die Geschwulst wuchs allmälig und erreichte die Grösse eines länglichen Hühnereies und behinderte die Kopfbewegung, besonders zur Seite. Endlich als sie die Luftröhre zu drücken anfing, wurde das Athmen laut und unfrei. Im Juni 1878 beginnend wuchs sie bis zum October. Darauf wurde sie unter dem Einfluss von Jodkali und localen Einreibungen mit Mercursalbe, und schliesslich vermittelst Bestreuen mit Amylum jodatum kleiner. Die Kranke ward während ihrer Behandlung schwanger und gebar am 6. November ein augenscheinlich gesundes Kind (das übrigens nicht länger als 7 Monate lebte und an einer fremden (?) Krankheit starb). Nach der Geburt wurde die Behandlung fortgesetzt, und die Geschwulst schwand allmälig in dem Grade, wie sich das allgemeine Befinden der Kranken besserte.

Das folgende Kind wurde am 28. Jänner 1880 geboren. Es war schwächlich und bildete sich auf seinem Nacken ein tuberculöser

Ausschlag (Tuberc. syphilitica) und eine bedeutende Geschwulst der Nackendrüsen; es starb an einem entkräftenden Durchfall während es Zähne machte (14. Juli 1880) und wurde nur mit Hausmitteln behandelt.

Die hier beschriebene Neubildung zeigte sich im 4. Jahre seit Beginn der Krankheit und bildet die Uebergangsform zwischen der Affection des Zellgewebes und der der Muskeln. Wenn die Affection sich auf einer bedeutenden Fläche bildete und einen grossen Theil des Musc. sterno-cleido-mastoideus einnahm, so entsteht hier die Frage, welches der Ausgangspunkt der Krankheit war? Das sie umgebende lockere Zellgewebe, die Drüsen, die in der Nähe liegen oder die fibrösen Muskelhäute? Wir wissen, dass alle diese Gewebe als Herde für syphilitische Ablagerungen dienen können, aber die schliessliche Form — die Degeneration des Muskels ist ein Factum, welches uns wenigstens die Endstufe der Neubildung zeigt. Aber das Factum, dass sich ein Jahr vorher bei der Kranken schon eine Periostose gebildet hatte, weist auf den schweren Charakter der Krankheit in diesem Fall hin.

VI. Syphilitische Leiden der fibrösen Gewebe mit gummösem Charakter.

Uns bleibt jetzt noch übrig einige Fälle von syphilitischen Knoten auf der Sehnenscheide und im fibrösen Gewebe am Trochanter der Hüfte zu betrachten, wo diese Formen der gummösen Periode der Syphilis entsprechen. Wir haben theilweise diese Formen in einer früheren Periode der Syphilis beobachtet, und wenn wir sie jetzt auf die spätere gummöse Periode übertragen, dürfen wir es nur unter dem Vorbehalt, dass wir nicht wissen, wann die gummöse Periode der Syphilis ihren Anfang nimmt. Wenn sich auch das Wachsen gummöser Geschwülste meistens auf das 6., 7. und 8. Jahr seit Beginn der Krankheit bezieht, so beobachten wir sie auch früher. Was nun die rein anatomischen Unterscheidungen betrifft, so haben wir auch gesehen, wie ungenügend dieselben sind. In der gummösen Periode nehmen die Produkte der Syphilis einen hartnäckigen Charakter an und sind nicht so der Absorption, als dem Zerfall und der Exulceration

unterworfen, Tuberkel und tiefe Knoten können in ihrer Entwicklung den Grad erreichen, welcher die Benennung einer specifischen gummösen Geschwulst trägt. Hierauf basirend, hätte ich auch die letzten Fälle von den vorhergehenden nicht zu trennen gebraucht. Aber gerade die Beschreibungen des Krankheitsverlaufs werden zeigen, wie weit der Verlauf gummöser Erscheinungen von dem irritativer verschieden ist wie weit sich ihre Therapie unterscheidet.

Im ersten Fall dieses Capitels werden wir sehen, dass sich bei dem Kranken weit früher Periostiten auf dem Stirnknochen zeigten als Ganglien auf dem Finger; bei dem zweiten Kranken aber dauerten die Periostiten auf dem Schienbeine lange an, und darauf erst zeigte sich eine Neubildung im fibrösen Zellgewebe, nahe am Trochanter mit Ausgang in Zerfall.

Fall 8. Allgemeine Syphilis; nach $1^1/_2$ Jahren ein Recidiv in Form eines Ausschlags und Entzündung der Iris; nach $2^1/_2$ Jahren tuberculöser Ausschlag und Periostitis, aber nach 5 Jahren ein syphilitischer Knoten auf der Sehnenscheide des Fingers unter dem Trochanter.

H. N., 35 Jahre alt, von hohem Wuchs, brünett, etwas mager, erkrankte an der Syphilis im August 1873. Auf dem Gesichte und dem Rumpfe war ein papulöses Syphilid, eine chronische Verhärtung in den Drüsen. Im October nahm der Kranke Pillen (10 Gr. Sublimat) und darauf in Folge von neuen Papeln und von Heiserkeit Zittmann'sches Decoct ein. Im Februar 1874 bekam er eine Exulceration auf der Epiglottis und auf den Lippen und Geschwüre auf den Mandeln. Im Juni machte der Kranke 18 Einreibungen zu je einem Scrupel und besserte sich bedeutend; im October aber zeigte sich bei ihm nach dem Missbrauch von spirituösen Getränken abermals ein papulöses Syphilid und eine Entzündung der Iris. Im November machte er 18 Einreibungen und setzte den Gebrauch des Decocts fort. Im Jänner 1875 litt der Kranke an tiefen Geschwüren auf dem weichen Gaumen und den Mandeln. Die Geschwüre heilten unter dem Einflusse derselben Behandlung (noch 10 Einreibungen und Decoct). Im Februar 1877 bildete sich beim Kranken ein tuberculöses Syphilid auf dem Kinn und den Augenbrauen und verbreitete sich auf den Nasenrücken, ausserdem zeigten sich noch Periostiten auf

dem linken Stirnbein. Nach 2monatlichem Gebrauche von Jodkali und darauffolgendem Zittmann'schen Decoct verschwand der Ausschlag fast gänzlich (die Gingivitis mercurialis gestattete keine Behandlung mit Einreibungen).

Im Winter 1878 zeigten sich wieder Tuberkel auf dem Kinn und den Augenbrauen mit einer Neigung zur Exulceration (Jodkali). Im Jänner 1879 zeigte sich auf der Sehnenscheide in der Mitte des Knochens, auf dem Zeigefinger der linken Hand, gerade auf der Mitte der ersten Phalanx und in der Biegung des Fingers — eine Geschwulst von der Grösse einer Erbse, hart wie ein Knorpel. Sie verschwindet bei dem Ausstrecken des Fingers fast ganz, aber beim Zusammenbiegen desselben ist sie leicht zu fühlen. Sie ist schmerzlos und nur bei einem starken Druck, z. B. durch den Thürdrücker, ist sie etwas schmerzhaft. Es liessen sich keine Veränderungen in ihrer Farbe und Grösse bemerken und die Geschwulst existirte fast ein Jahr ohne jegliche Veränderungen.

In Folge des serpiginösen Syphilids auf den Augenbrauen nahm der Kranke ununterbrochen Jodkali ein und machte darauf vom Juni bis zum August mehr als 30 Einreibungen mit grauer Salbe zu je einem Scrupel, die einen günstigen Einfluss auf diese Formen äusserten.

Ausserdem bildete sich in der Nähe des rechten Trochanters 7·8 Ctm. niedriger als derselbe und etwas nach hinten neben dem Rande des Musc. glutaeus eine Geschwulst, grösser als eine Haselnuss; sie ist vollkommen schmerzlos und wenig beweglich. Nach den Worten des Kranken begann sie sich vor drei Jahren zu entwickeln. Auf ihr ist nicht die geringste Röthe oder Erweichung der Gewebe bemerkbar. Im August verringerten sich bei einer beharrlichen Jodkur mit gleichzeitigen mercuriellen Einreibungen sowohl die Knoten auf der Sehnenscheide des Fingers, als auch auf dem Oberschenkel bedeutend.

Die Hartnäckigkeit der Krankheit erklärt sich in diesem Falle nicht so sehr durch individuelle Bedingungen als durch einen unregelmässigen Lebenslauf, den Missbrauch von Spirituosen und durch die ambulatorische Behandlungsweise, ohne Rücksicht auf irgend welche Jahreszeit. Folglich darf sich der Leser nicht wundern, dass ich mich unter solchen Bedingungen auf kleine Dosen Mercur beschränken musste, wovon ich einem anderen Kranken 2mal und sogar 4mal mehr pro dosi verordnet hätte, natürlich in Verbindung mit Schwefelbädern und Schlammbädern.

Fall 9. Allgemeine Syphilis und nach 9 Jahren Periostiten, nach ferneren 2 Jahren Syphilis nodosa; in der Nähe der Trochanter dauerte diese Form 6 Jahre.

Herr W—w, blond, von mittlerem Wuchs und kräftigem Körperbau, 36 Jahre alt, Beamter, erkrankte an Syphilis im Jahre 1863 in der Provinz und wurde mit Einreibungen mercurieller Salbe behandelt. Im Juni 1872 wandte er sich an mich in Folge eines schuppigen Syphilids auf den inneren Handflächen und einer Periostitis auf den Ellbogen. Ausserdem hatte er auf den Schienbeinen eine schmerzlose und glatte Pigmentation — rothbraune Flecken, die unter dem Namen Lichen lividus bekannt sind. Vom 2. Juni bis zum 3. December 1872 machte der Kranke 42 Einreibungen mit grauer Salbe zu je einem Scrupel. Nach zeitweiliger Besserung zeigte sich im März 1873 ein tuberculöser Ausschlag auf den Ellbogen. Die Behandlung blieb dieselbe. Bis zum 25. August machte er 25 Einreibungen zu je einer halben Drachme und nahm ebensoviel Bäder mit Schwefelleber.

Im Frühling 1874 nahm der Kranke Jodkali in Folge von Tuberkeln auf den Ellbogen und Schienbeinen ein und machte im Sommer noch 48 Einreibungen. Im Jahre 1875 waren die Symptome, obgleich sie eine Besserung zeigten, noch immer hartnäckig. Der Kranke machte im Sommer noch 36 Einreibungen mit mercurieller Salbe. Im Februar 1876 kam der Kranke mit Tuberkeln auf der Schienbein- und Ellbogenhaut nach Moskau; die Knötchen waren klein, mit Schuppen bedeckt, stellenweise gingen sie aber in kleine Abscesse über. Im Centrum des Ausschlages wurzelten weisse Flecknarben, von der Grösse einer Linse; in der Peripherie waren neue Tuberkel. Ausserdem bildeten sich im fibrösen Zellgewebe über dem rechten Trochanter, sowie in der Nähe des Ellbogens, an der Crista ulnae harte Geschwülste von der Grösse einer Nuss, die wenig beweglich und schmerzlos waren. Ich fand eine gemischte Behandlung mit Jod und Mercur für passend. Im Mai 1877 blieben die Symptome fast dieselben: Tuberkeln auf der Ellbogenhaut und Knoten unter dem rechten Trochanter. Letztere vergrösserten sich bis zu einer halben Wallnuss. Wiederum begann die Behandlung mit mercurieller Salbe und mit Schwefelbädern. Im Winter 1878 blieben die Symptome noch immer dieselben; es begann

eine innerliche Kur mit Jodquecksilber. Im Laufe von 4 Monaten nahm der Kranke 32 Gr. Protojod. hydr. ein. Die Hauttuberkel heilten zum Theile, zum Theile gingen sie in Exulceration über; ebenso zerfiel auch der Knoten über dem Trochanter und bildete ein fistulöses Geschwür, um welches sich noch einige kleine Tuberkel entwickelten. Behufs weiterer Behandlung begab sich der Kranke im Sommer 1878 nach Pjätigorsk.

Dieser Fall ist durch folgende Eigenthümlichkeiten bemerkenswerth:

1. Ungeachtet einer 14jährigen Dauer der Krankheit halten sich die Localisationen in dem fibrösen Gewebe, dem Zellgewebe und der Haut, ohne in die visceralen Formen oder auf die Knochen überzugehen, hartnäckig 6 Jahre.

2. Die mercurielle Behandlung, welche Kranke gewöhnlich im 2.—3. Jahre herstellt, hatte hier keine günstigen Folgen; als Ursache hierfür muss man die individuelle Anlage des Kranken und seine Lebensweise und seine dienstliche Beschäftigung annehmen, die ihm nur einmal im Jahr nach Moskau zur Consultation zu kommen gestattet.

3. Meistens ist die Syphilis der fibrösen Gewebe eine langdauernde, von einigen Monaten bis zu einigen Jahren, wie dies der letzte Fall beweist. Es fragt sich nun: inwieweit diese Form contagiös ist? Darnach zu urtheilen, dass Kranke anderen Personen diese Krankheit nicht mittheilten, können wir folgern, dass diese Formen als späte nicht leicht übertragen werden, und dass nur in der condylomatösen Periode eine Ansteckung leicht möglich ist.

Bei einer Uebersicht der Syphilis der fibrösen Gewebe kann ich nicht mehr als 9 Fälle anführen, die ich im Laufe der letzten Jahre sammelte, obgleich ich im Laufe dieser Zeit viele hundert Kranke behandelte und beobachtete. Oben habe ich erklärt, weshalb hier statistische Daten sehr schwierig sind, und ich bin überhaupt der Meinung, dass dieses seltene Leiden unter 100 Kranken bei 5—10 vorkommt.

Die Ursachen und Bedingungen der Entwicklung dieser Form der Syphilis bedürfen noch des Studiums. Granulationsgeschwülste auf den Sehnenscheiden, auf dem Zellgewebe

in der Nähe der Muskeln und des Ellbogens verschwinden vollkommen selbstständig, ohne in Zerfall oder Exulceration überzugehen (mit seltenen Ausnahmen — Fall 8).

In der Reihe der Erscheinungen der Syphilis bilden die fibrösen Leiden am ehesten eine Uebergangsform zwischen der sogenannten secundären und tertiären Periode. So hartnäckig auch die Formen der fibrösen Syphilis sein mögen, sind sie doch unvergleichlich günstiger als die Formen der visceralen Syphilis und der Leiden des Nervensystems, denn die Haut und das Zellgewebe sind die vorzüglichsten Organe der Ausscheidung des Contagiums, ihre Affection gefährdet das Leben des Kranken nicht.

Die Behandlung der Syphilis bei fibrösen Leiden ist meistens eine gemischte: Jod mit Mercur und Bädern, wie dieses überhaupt bei schweren und veralteten Formen der Syphilis nothwendig ist. Hier muss ich noch hinzufügen, dass Affectionen der früheren Periode Monate dauern und überhaupt der mercuriellen Behandlungsweise weichen; Affectionen der späteren Perioden (der gummösen Periode) sich Jahre hindurch hinziehen und vorzüglich durch eine Behandlung mit Jod gehoben werden. Ich kann hier nur das wiederholen, was ich hierüber bereits im Jahre 1875 [1]) gesagt habe. Die wirkliche Aufgabe der Behandlung ist, den Kranken herzustellen, hierbei aber nicht nur die Aufmerksamkeit der Krankheitsform zuzuwenden, sondern auch die Bedingungen des Organismus, die Lebensweise und die Umgebung, in der der Kranke lebt, zu berücksichtigen. Wir müssen nach Möglichkeit den Einfluss starker Mittel vermeiden und nur im Nothfall und zur rechten Zeit von einer Behandlungsmethode zur anderen übergehen.

[1]) N. Manssurow, Die tertiäre Syphilis, Gehirnleiden, Geisteskrankheiten (Psychosen) und deren Behandlung. Wien 1877. p. 192—241.

Ueber Polypapilloma tropicum (Framboesia).

Von

Dr. M. Charlouis

k. holländ. Militärarzt in Samarang, Java.

Im Jahre 1860 schrieb Hirsch in seinem Handbuche der historisch - geographischen Pathologie über Framboesie: „Trotz „der besonderen Aufmerksamkeit, welche dieser Krankheit von „fast allen Berichterstattern aus jenen Gegenden geschenkt ist; „trotz der zahlreichen Berichte, die über dieselbe vorliegen, ist „doch noch mancher, die pathologische Seite der Framboesia be- „treffende Punkt dunkel geblieben".

Dasselbe kann man jetzt nach einem Zeitraume von 20 Jahren noch mit Recht bestätigen, obwohl in neuerer Zeit vieles über den Gegenstand geschrieben wurde. Dies muss uns nicht verwundern, da die Krankheit in Europa nicht vorkommt und die Beobachtungen der meisten Aerzte unter den Tropen sehr oberflächlich genannt werden dürfen; vielleicht haben letztere wegen ihrer ermüdenden Praxis keine Neigung zu den nöthigen Studien gehabt, oder waren aus Mangel an dem nöthigen Material verhindert, genauere Untersuchungen anzustellen. Besonders fällt noch ins Auge, dass die Beschreibungen der Aerzte in den verschiedenen tropischen Gegenden in den Hauptzügen sehr von einander abweichen, und muss man demnach annehmen, dass entweder die Angaben der Berichterstatter sehr oberflächlich sind, oder dass der Verlauf dieser Krankheit nicht überall der nämliche ist.

Durch die vielen, mir in den militärischen Hospitälern Indiens vorgekommenen Fälle fühlte ich mich angeregt, aufmerksame Studien über Framboesia anzustellen und ich theile in vorliegender Abhandlung das Resultat meiner Beobachtungen mit.

Die erste Beschreibung von Krankheitsfällen, die einigermassen der Framboesie ähnlich sind, datirt aus der Zeit des Hali Abbas, der unter dem Namen Safat einer Krankheit erwähnte, die in Aethiopien und Indien vorkam, sich durch grosse geschwürige Beulen kennzeichnete und den Blattern ähnlich war; im späteren Stadium heftige Knochenschmerzen verursachte, bösartige Geschwüre an den Fusssohlen und Fingerspitzen zur Folge hatte und dabei äusserst contagiös war. Beinahe dieselbe Beschreibung haben wir von Avicenna. Wir können daraus allerdings nicht mit Sicherheit schliessen, dass wir es hier mit Framboesia zu thun haben; jedoch die Localisation, die äussere Form und die Hartnäckigkeit der Geschwüre im Vereine mit dem contagiösen Charakter lassen mich annehmen, dass Safat dieselbe Krankheit war, wie Framboesia. Die bestimmtesten Angaben über das Bestehen dieser Krankheit datiren jedoch vom 18. Jahrhundert und zwar aus Brasilien durch Piso, sowie aus dem indischen Archipel durch Bontius. Um dieselbe Zeit berichtete auch der Reisende Labat über Framboesia in Westindien. Der erste aber, der den Namen Framboesia in der dermatologischen Terminologie einführte, war Sauvages im Jahre 1768. Mit diesem Namen bezeichnete er eine Krankheit, die in Guinea und auf einigen Inseln der Antillen vorkam und in Form von himbeerartigen Geschwüren, die sehr ansteckend waren und sich an der ganzen Haut, besonders an den Geschlechtstheilen und Achselhöhlen localisirten, auftrat.

In dem Werke von Willan und Bateman begegnen wir ebenfalls einem Berichte über Framboesia, geschöpft aus den Notizen Schilling's und Winterbottom's. Die meisten Autoren und besonders Plenck schlossen sich den Ansichten von Sauvages gänzlich an.

Erst Alibert war es, durch den ganz andere Begriffe über diese Krankheit auftraten. Er identificirte dieselbe mit Syphilis. Alibert's Beschreibung war jedoch weniger genügend als diejenigen seiner Vorgänger, da er durch seine Eintheilung Veranlassung zur Verwirrung gab. Er nannte alle schwammartigen Geschwüre, die im Gesichte, am Kopfe und an den Geschlechtstheilen vorkommen und zugleich eine gelbliche stinkende Flüssigkeit secerniren, „Mykosis". Diese Mykosis theilte er ein in:

1. Mykosis framboesioides (Pian, Framboesia, Fongus acnéique Bazin) Geschwüre, welche Kopf, Lippen, Gesicht, Achsel und Zunge befielen.

2. Mykosis fungoides (Vérole d' Amboyne, Pian fongoide) papilläre Wucherungen von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis zur Grösse einer Nuss, und

3. Mykosis syphiloides: Schwammartige Excrescenzen, die zuerst im Gesichte und auf dem Halse vorkamen.

Wir sehen schon aus dieser Eintheilung, dass Alibert verschiedene Krankheiten unter dem allgemeinen Namen Framboesia gruppirt; auch haben sich die durch ihn beschriebenen Fälle als Molluscum bewiesen, — und ein Fall von Bartos war nichts Anderes als Syphilis.

Hirsch behauptet, dass alle deutschen, französischen und englischen Dermatalogen der Beschreibung Alibert's hinsichtlich dieser Krankheit gefolgt sind, so dass seitdem die Framboesia als Krankheit sui generis von den meisten europäischen Fachmännern, aus der Pathologie verbannt wurde. Bazin jedoch, ganz anderer Ansicht als Alibert, war der erste, welcher die Framboesia als Krankheit sui generis beschrieb. Er stellt diese Krankheit der Mykosis fungoides von Alibert gleich und gibt eine Histora Morbi von einem gewissen Herbette an, die auch wirklich viel von Framboesie hat. Virchow, Köbner, Berliner und Andere haben in neuerer Zeit allen papillären Wucherungen den Namen Framboesie gegeben.

Hebra nennt ebenfalls jede schwammartige Excrescenz Framboesie und zwar sowohl die des Lupus exulcerans und hypertrophicus serpiginosus, als die Syphilis serpiginosa, die Sykosis barbae, „Sykosis framboesiformis" der scrophulösen und das Caro luxurians der chronischen Geschwüre.

Moriz Kohn (Kaposi) liefert in diesem Archiv, Jahrg. 1869, 282 Fälle von Framboesia und zwar vier Beschreibungen von Dermatitis papillomatosa capillitii „Framboesia non syphilitica capillitii"; einen Fall von Syphilis cutanea papillomaformis vegetans (Framboesia syphilitica)"; einen Fall von Lupus hypertrophicus papillaris „vegetans"; einen Fall von Ichthyosis histrix und einen Fall von Condylomata acuminata. Er sagt ferner auf S. 422: „Wir haben im Vorhergehenden neben der Mittheilung

„eines eigenthümlichen, von anderer Seite bisher noch nicht ein-
„gehend gewürdigten Krankheitsbildes am Nacken und behaarten
„Kopf eine vergleichende Darstellung mehrerer Formen von pa-
„pillären pathologischen Gebilden der Haut gegeben."

Kolaczek gibt in der Berliner med. Wochenschr. von 1867 die Beschreibung einer papillären Wucherung, welche den Mittheilungen von Sauvages vollkommen ähnlich ist, und wäre der einzige Unterschied darin zu suchen, dass Kolaczek seinen Fall für Syphilis hielt.

Amicis in Neapel erwähnte 1876 einen Fall von Framboesia syphilitica.

Aus dem Vorhergehenden resultirt also, dass die meisten europäischen Dermatologen, von Alibert an, sehr wenig oder durchaus nichts über die wahren Yaws oder Framboesia geschrieben, und letztere Benennung mehr als Collectivnamen für Krankheiten verschiedener Art und von verschiedenem klinischem Bilde und Verlauf, bei welchen papilläre fungöse Wucherungen auftraten, gebraucht haben. Sie betrachteten selbst die von Aerzten in den Tropen beschriebenen Yaws als eine modificirte Form der Syphilis, die allein bei den Afrikanern vorkäme; — ganz so wie die verschiedenen Formen von endemischer Syphilis, als z. B. die Radesyge in Schweden und Norwegen, das Syphiloid in Jütland, Morbus Dithmarsicus in Holstein, die Sibbens in Schottland, die Skerljevo, die Falcadina in Italien, Frenga, das Mal de la Baie de St. Paul etc. etc.

Demnach also bilden die Schriften der Aerzte der tropischen Gegenden die einzige Quelle über Framboesia als Krankheit sui generis. Winterbottom, Boyle, Duncan und Bryson sahen diese Krankheit zuerst und zwar in Centralafrika; später berichtete Baudouin in Duyon über ihr Bestehen in Algerien und viel seltener soll sich nach Pruner die Framboesia im östlichen Afrika gezeigt haben. Nur vereinzelten Fällen begegnete er in Egypten und auf den Küsten Arabiens und Abessyniens.

Bontius, Heymann und Waitz melden, dass die Framboesie im indischen Archipel häufig herrscht, doch soll dieselbe hier nach den zwei letzten Autoren nicht so allgemein vorkommen als auf dem Festlande von Afrika.

Labat spricht über die Yaws auf Martinique und Guadeloupe, und das Bestehen dieser Krankheit auf Guyana wird bestätigt von Schilling, Dumontier, Nielen, Allemand, Bajau u. v. A.

In letzterer Zeit machte Dr. Gavin Milroy im Auftrage der englischen Regierung eine Reise nach Westindien und publicirte die Beobachtungen anderer dortiger Aerzte nebst seinen eigenen über Framboesia. Dieser Bericht umfasst eine ziemlich gute Beschreibung der Yaws mit Rücksicht auf die topographische Ausbreitung derselben.

Im J. 1876 erschien das Werk: „On certain endemic skin and other deseases of India and hot climates generally by Tilbury Fox and J. Farquhar.“ Hierin wird die Framboesie durch die DDr. Imray und Bowerbank beschrieben. Letzterer behauptet S. 6: „The desease, called also Mykosis (fungus) and Pian, accor-„ding to all accounts, is almost entirely confined to the African „race, and was brought to the West Indies by the blacks, who „were imported thither as slaves some years ago.“

Tilbury Fox sagt dazu: „Framboesia is confined more „particularly to the African race and is unknown at present in India and China.“

Dass der Ursprung der Framboesie, wie ihn diese zwei Autoren ebenso wie Andere angeben, unrichtig ist, geht schon daraus hervor, dass diese Krankheit bereits von Bontius im J. 1713 als ambonesische Blattern beschrieben wurde, also zu einer Zeit, da noch keine Afrikaner im indischen Archipel erschienen waren. Es gibt selbst Gegenden auf den Südwestinseln, wo Framboesie herrscht und wo noch niemals Afrikaner gewesen sind. Auch ist es sehr auffallend, dass die Framboesie hier in Indien weder unter den Afrikanern noch unter ihren Kindern (gemischte Race, javanischen und afrikanischen Blutes) herrscht. Mir ist wenigstens noch kein einziger Fall vorgekommen, und meine älteren Collegen, die lange in Indien sind, bestätigen meine Meinung. Dagegen habe ich diese Krankheit bei den Afrikanern in Westindien ganz bestimmt gesehen. Ich für meinen Theil halte dafür, dass die Framboesie eine in allen tropischen Ländern vorkommende Krankheit ist.

Wir übergehen die einzelnen Namen, die man den früher beschriebenen besonderen Framboesieformen gegeben hat. Auch

hat man diese Krankheit je nach dem Orte ihres Auftretens verschiedentlich benannt, doch sprechen sämmtliche Namen dafür, dass der Framboesie-Tuberkel stets einer Himbeere ähnlich ist. Schilling sagt, dass sie in Amerika Yaws genannt wird; der Name stammt vermuthlich aus Afrika. In Südamerika soll sie Pian oder Epian zur Benennung bekommen haben. Die Neger in Westindien nennen sie Patta. In Indien heisst sie javanisch Patlek, was so viel bezeichnet als Krätze der Eingebornen. Die Malayen nennen sie Nambie oder Kada.

Um der hierin herrschenden Unordnung für immer ein Ende zu machen, wäre es nach meiner Ansicht am besten, diese Krankheit als „Polypapilloma tropicum" zu definiren, wodurch dann eine bestimmte Krankheit bezeichnet würde, zumal da der Name Framboesia von den europäischen Dermatologen mehr als Collectivbenennung diverser Leiden angesehen wird. Auch wird durch den Namen Polypapilloma tropicum sowohl die Form der Krankheit wie auch die Gegend ihres Auftretens angedeutet.

Verlauf.

Die Framboesie kommt bei den Javanen, Malayen, mit einem Worte, bei allen Bewohnern des indischen Archipels vor, doch sind die Europäer und Afrikaner derselben am wenigsten ausgesetzt. In Westindien und den Westindischen Inseln hingegen sind es die Afrikaner, welche von dieser Krankheit am meisten heimgesucht werden. Dr. Bowerbank behauptet nach seiner 35jährigen Praxis in Westindien: „The white population appears to be exempt from the desease". Dagegen habe ich in Westindien Kinder reinen europäischen Blutes mit Framboesie behaftet gesehen und behandelte ich in Ostindien zwei in Indien geborene Kinder europäischer Eltern an dieser Krankheit.

Meine Collegen hier in Indien stimmen mit mir überein, dass, wie Ludford, Thomson, Kursemüller, Birmstead, Hunter, Ferrier, Hillary und viele Andere vor mir bereits behauptet haben, die Framboesie nicht nur die Neger, sondern auch die Eingeborenen und die Europäer unter den Tropen heimsucht. Die Krankheit kann in jedem Alter des Individuums auftreten, jedoch trifft man sie am häufigsten bei Kindern nach dem ersten Lebensjahre an, und ist eine grössere Disposition für die

Erkrankung an der Framboesie mir bei keinem der zwei Geschlechter aufgefallen. Auch sehen die meisten Kranken gesund, gut genährt und gut entwickelt aus, so dass nicht anzunehmen ist, dass bei Schwächlingen eine besondere Geneigtheit zu dieser Krankheit bestehen sollte. Da indessen die Eingeborenen mit der minder begüterten Bürgerclasse in Europa verglichen werden können und gerade sie am häufigsten von der Framboesie heimgesucht werden, so sollte man fast zur Annahme übergehen, dass diese Krankheit bei unter weniger guten Verhältnissen lebenden Leuten am meisten herrsche. Ich wenigstens halte dafür, dass die Eingeborenen eine grössere Disposition für die Yaws haben.

Meine Untersuchungen über die Erblichkeit dürfen nicht als befriedigend betrachtet werden und geben die Eingeborenen sehr wenig Aufschluss über anamnestische Momente. Da die meisten Eingeborenen die Framboesie haben oder gehabt haben, so ist es doppelt schwierig die Erblichkeit zu verfolgen. Dr. Imray behauptet: „It is doubtful if it be hereditary". Einige Autoren behaupten, dass die Fromboesie die Individuen nur einmal heimsucht, dagegen spricht Bowerbank von „persons having two and even „more attacks, so that the idea, that one attack guards the attacked „from others, is not apparently true". Ich kann mit Sicherheit bestätigen, dass die Framboesie dasselbe Individuum mehr als einmal befallen kann, eine Wahrheit, die sich nicht nur durch Nachforschungen, sondern auch durch Inoculationen beweisen lässt.

Was nun die Krankheit selbst anbelangt, so beginnt sie meistens mit Fieber. Das Fieber tritt ungefähr 8 Tage vor Ausbruch des Exanthems auf und fängt mit Kälte an. Am Morgen sinkt die Temperatur bis zur Norm, um gegen Abend 39° bis 40° zu erreichen. Die Dauer des Fiebers überschreitet nur selten einen Zeitraum von 14 Tagen. Willan und Bateman erwähnen dieses Fieber nur flüchtig als Eruptionsfieber. Das Fieber wird von Gelenkschmerzen begleitet, die so heftig sind, dass die Patienten sich nicht bewegen können. Schwellung besteht dabei nicht, allein der geringste Druck auf das Gelenk verursacht Schmerz. Diese Schmerzen kommen sowohl am Tage wie auch des Nachts vor, beschränken sich, wie vorhin erwähnt, auf die Gelenke und halten gewöhnlich etwa drei Wochen lang an; bei gehöriger Behandlung werden sie sehr bald gelindert. Rodschied und Brunce geben

an, dass der Framboesie ein wochenlanges Vorstadium vorangehen könne, während welcher Zeit sich Appetitlosigkeit, übler Geschmack und nach Ferrier auch Erbrechen einstellen. Bei allen von mir behandelten Kranken habe ich constatirt, dass sie diese Erscheinungen nur während des von gastrischen Störungen begleiteten Fiebers hatten. Das Exanthem tritt allmählig auf und zwar erscheinen zunächst hie und da an dem Körper stecknadelkopfgrosse Papeln mit einem gelben Punkte an der Spitze; später erhalten diese Papeln einen dunklen Hof und einen rothen bei Individuen mit weisser Hautfarbe. Genannte Papeln erscheinen auf dem ganzen Körper, die behaarte Kopfhaut nicht ausgenommen, und so klein sie auch sein mögen, wird durch die grossen Schmerzen, welche dieselben verursachen, des Kranken Aufmerksamkeit sofort auf sie gelenkt. Nach Einigen sollen die Kranken als erste Eruption der Framboesie rothe Flecken bekommen, aus denen sich nach und nach die Papeln entwickeln. Diese Flecken konnte ich nicht vorfinden und zeigte sich mir die Hofbildung erst dann, wenn die Papeln die Grösse eines Stecknadelkopfes erreicht hatten.

Gleich bei dem Ausbruche der Framboesie klagen die Kranken auch über Schmerzen der Drüsen und zeigt es sich bei der Untersuchung auch ganz deutlich, dass die meisten Lymphdrüsen geschwollen und bei der geringsten Berührung schmerzhaft sind. Allmählig nehmen die Schmerzen der Drüsen ab, doch bleiben letztere noch eine geraume Zeit nachdem die Krankheit gewichen ist, hart und verdickt. Wenn jedoch der Patient sich lange Zeit unter dem Einflusse der Framboesie befindet, so beginnen die Drüsen vom Centrum aus zu fluctuiren. Diese Fluctuation wird aber nie so stark, dass die ganze Drüse daran zu Grunde geht, sondern das geringe Eiterquantum wird später wieder resorbirt und das Bindegewebe bleibt rund um die Drüsen stets normal.

Die Framboesiepapeln breiten sich inzwischen langsamer Weise u. zw. meistens in der Breite bedeutend aus; die Oberfläche deckt eine honiggelbe Kruste, die gewöhnlich roth punctirt ist. Diese vergrösserten Papeln werden zu ovalen Tuberkeln und bekommen zuletzt die Form des Kopfes eines Champagnerpfropfens, d. i. sie haben an der Oberfläche eine grössere Ausbreitung als an der Basis, mit welcher sie mit der Haut in Verbindung stehen. Die Tuberkel lassen sich sehr hart anfühlen und sind mit der Haut

beweglich; ihre Grösse kann bis 3 Ctm. im Durchmesser betragen und geschieht es wohl, dass durch das Zusammenfliessen vieler kleiner ein sehr grosser Tuberkel geformt wird.

Um den After, Mund, Penis und die Finger und Zehen können die Tuberkel derart zusammengewachsen sein, dass sie gleichsam einen erhabenen, runden Wall bilden. Je nachdem der Tuberkel sich ausdehnt, wird der Hof ringsherum auch breiter und dunkler. Entfernt man die Kruste eines solchen Tuberkels, so zeigt sich uns in auffallender Weise die papilläre Form der Oberfläche, welche letztere von einer kleinen Quantität weisslicher klebriger Flüssigkeit bedeckt ist.

Wir haben, was die Form betrifft, die Gestalt einer Himbeere vor uns. Wenn nun der Tuberkel sein Entwicklungsstadium erreicht hat und in sein Stadium decrementi übergeht, so beginnt die Schrumpfung, die Farbe wird dunkler, die Kruste fällt ab und die Oberfläche wird trocken. Auf der Oberfläche zeigen sich Squamae purpuraceae, die ziemlich fest auf dem Tuberkel sitzen. Die Schuppen haben eine weisse Farbe. Der Tuberkel selbst wird dunkler und dunkler, während der Hof ringsum immer heller wird. Endlich nach Verlauf von Wochen und selbst Monaten sind die Tuberkel so weit zurückgegangen, dass man nur noch einen dunklen Fleck mit scharf ausgedrückten Gruben und breiten Oeffnungen der Haar-, Schmeer- und Schweissdrüsen bemerken kann. Nach längerer Zeit, meistens innerhalb eines Jahres verschwinden auch diese Flecke und kann man die Stelle, wo sich ein Framboesie-Tuberkel befunden hat, nicht mehr andeuten, zumal die Haut, sowohl was Form wie Function anbelangt, vollkommen normal wird.

Als Eigenthümlichkeit muss noch angeführt werden, dass ein Tuberkel sich in einzelnen Fällen dermassen ausbreiten kann, dass er nur mit Hinterlassung einer dunklen Farbe im Centrum heilt, während er sich in der Form eines prachtvollen Ringes ausdehnt; dieser Ring ist von kleinen honiggelben Krusten bedeckt und zeigt die grösste Aehnlichkeit mit einem Scutulum.

Was die Kruste betrifft, so bemerkt man beim Aufheben derselben, dass sie blos an der Peripherie festsitzt und durch eine weissliche, klebrige Flüssigkeit vom Tuberkel absteht. Wird

im Stadium incrementi die Kruste weggenommen, so bildet sich eine andere. Lässt man jedoch die Kruste von Anfang des Framboesie-Tuberkels bis zu seinem Rückgange, so wird sie in der Weise grösser, dass sie von der Peripherie gebildet wird und zuletzt die Form einer Rupiakruste konischer Gestalt annimmt; manchmal geschieht es dabei auch, dass sie in der Mitte vertieft ist. Die Krusten haben eine honiggelbe Farbe und sind namentlich im Beginn des Stadium incrementi oft mit rothen Punkten versehen. Letztere sind nichts weiter wie in der Kruste vertrocknetes Blut, welches um diese Zeit bei der geringsten Berührung der Papillen hervortritt. Später bekommen die Papillen der Tuberkel eine Bindegewebshülle und bieten alsdann den äusseren Einflüssen erfolgreichen Widerstand.

Die Framboesie kann bei einem Individuum sehr lange anhalten, um endlich von selbst zurückzugehen. Bei zweckmässiger Behandlung wird ihr Verlauf sehr abgekürzt und braucht nur einige Monate zu dauern. Man spricht von jahrelangem Verlauf der Framboesie und zwar in dem Sinne, dass während der eine Tuberkel heilt, auf anderen Stellen wieder neue auftreten; ja es kommt vor, dass der Patient nur drei Tuberkel hat und sobald einer geheilt ist, ein anderer entsteht. Obgleich dies Ausnahmen sind, ersieht man daraus doch, dass der Verlauf nicht isochronisch ist. Jeder Körpertheil ist dieser Krankheit ausgesetzt, die behaarte Kopfhaut, das Gesicht, die Nase, der Mund, Rücken, die Haut um den After, auf der Eichel des Penis, auf den Extremitäten und Gelenken, in der Handfläche und Fusssohle, zwischen den Zehen und Fingern.

Mit Bezug auf die Tuberkel der behaarten Kopfhaut müssen wir namentlich das Verhältniss zwischen Haar und Tuberkel erwähnen. Während des ganzen Processes bleibt nämlich das Haar fest im Tuberkel sitzen, und zwar in der Regel viel fester wie in der gesunden Haut. Beim Ausziehen kommen die Haare gänzlich heraus und ist die Scheide an der Wurzel vollkommen erhalten. Als Beweis, dass während des ganzen Processes das Haar normal bleibt, diene die Beobachtung, dass:

1. die Haare nicht ausfallen, wo der Tuberkel sich befindet,
2. sitzt das Haar fester im Tuberkel, wie in der gesunden Haut und beim excentrisch serpiginösen Verlaufe (Scutula-Form)

finden wir dieselben gesunden Haare in der pigmentirten Fläche, die zu Anfang des Processes vorhanden waren.

Die auf der Grenze der behaarten Kopfhaut und des Gesichtes vorkommenden Tuberkel bieten keine Veränderung von den gewöhnlichen. Im Gesichte können die Tuberkel überall auftreten, mit Ausnahme der Conjunctiva, wo sie noch nicht beobachtet worden sind. Häufig kommen sie an den Augenbrauen vor. Auf der Mucosa der Nase localisiren sie sich auch, doch sind sie hier in der Regel trocken auf der Oberfläche und ohne Kruste; sie können sich auch unter serpiginösem Verlaufe in Form eines Bogens nach aussen ausbreiten, jedoch stets ohne Hinterlassung von Narben. Besteht jedoch Nasenkatarrh, so wird der Tuberkel, der sich in derselben befindet, durch das alkalische Secret stark gereizt und veranlasst Excoriationen nebst stinkendem Ausfluss aus der Nase. In der Schleimhaut der Lippen, namentlich auf deren Grenze und der Haut, erscheinen auch Tuberkel. Im Munde sind sie von einem zähen, weissen Beschlag bedeckt und kann die ganze Mundspalte von Tuberkeln bedeckt sein, so dass gleichsam ein Wall ringsum gebildet wird.

Ich sah niemals Spalten in den Lippen durch die Tuberkel verursacht. Einige Male beobachtete ich Tuberkel im Gehörgange, jedoch auch trocken auf der Oberfläche und ohne Krusten.

Mögen die Tuberkel auf der Haut oder Schleimhaut und in welch einer Körpergegend immer auftreten, stets und überall erkennt man die papilläre fungöse Form. Um den Hals können die Tuberkel so angeordnet sein, dass sie gleichsam ein Halsband bilden. Treten die Tuberkel in den Achselhöhlen auf, so werden ihre ersten Krusten durch die hier stattfindende Hyperidrosis erweicht und in Folge der Reibung der Kleider fallen die erweichten Krusten ab. Auch wird die Bildung neuer Krusten auf dieselbe Weise verhindert. Nun müsste gewiss Osmidrosis stattfinden, wenn die Oberfläche durch die Kleider nicht isolirt und der Schweiss nicht durch das Hemd aufgesogen würde.

Um den After können die Tuberkel sich wie ein Kranz anordnen, jedoch ohne bei Stuhlabgang irgend welche Beschwerden zu verursachen und zwar aus dem Grunde, weil sie nie auf der Schleimhaut des Afters vorkommen. Auch haben die Tuberkel wegen der hier stattfindenden Reibung einerseits, andererseits we-

gen der in Indien allgemeinen Gewohnheit, den After nach der Defäcation abzuwaschen, niemals Krusten. Auch hier stehen die Tuberkel über der Haut erhaben, obwohl sie dem Drucke beider Afterhälften gegen einander oder gegen einen Stuhl etc. fortwährend ausgesetzt sind.

Mit Ausnahme der Urethra können die Framboesie-Tuberkel überall am Penis vorkommen und verhalten sie sich auf der Eichel ebenso wie an Schleimhäuten. In der Scheide oder Vulva konnte ich dagegen nie Tuberkel entdecken.

Framboesie zwischen den Zehen geht mit Erweichung der Oberfläche der Tuberkel und mit starker Osmidrose gepaart.

Unter der Ferse finden wir Tuberkel, die sowohl durch die Schwere des Körpers, sowie durch Druck der Epidermis selbst am Wachsthum verhindert werden und sich eine Strecke weiter unter der Oberhaut erstrecken, so dass man die Epidermis abtragen muss, um den ganzen Tuberkel zu sehen. Doch auch hier kann man trotz dem Drucke die fungöse Form der Tuberkel erkennen.

Bevor ich weitergehe, will ich noch Einiges über die Resistenz des Tuberkels in stad. acme und decrementi bemerken. Wir haben bereits von rothen Punkten in der gelben Kruste gesprochen, die man, wie gesagt, beim Tuberkel im Stadium decrementi sich bilden sah. Diese rothen Punkte entstehen bei der geringsten Berührung der Papillen, wodurch dieselben verletzt und ein kleiner Blutaustritt verursacht wird. Haben die Tuberkel jedoch einige Zeit bestanden, so hat sich in den Hautpapillen Bindegewebe gebildet, wodurch erstere eine grössere Resistenz bekommen, und dieses ist die Ursache, weshalb man in den sich dort bildenden Krusten nie rothe Punkte antrifft. Auch muss es der bedeutenden Widerstandsfähigkeit der Tuberkel zugeschrieben werden, dass letztere in der Nase, wohin man so leicht mit dem Finger kommt, doch selten oder nie in Ulceration übergehen. Auch erleiden die Tuberkel in den Achselhöhlen und um den After trotz Druck und Reibung nicht die geringste Abflachung. Dies gilt auch bei denjenigen der Fusssohle, was bei der darauf ruhenden Körperschwere nebst dem Druck der Epidermis geradezu auffallend ist.

Der oben beschriebene Verlauf der Framboesie kann durch äussere Einflüsse eine Modification erleiden. Angenommen, dass ein harter Gegenstand auf den Tuberkel wirkt, in Folge dessen

derselbe in Zerfall übergeht; dieser Zerfall beginnt alsdann in der Regel in der Mitte und reicht oft sehr tief, während er sich nach der Umgebung auch an der Oberfläche ausbreitet. Die Ränder und der Grund bekommen ein speckiges Aussehen und es bildet sich eine sehr stinkende, eitrige, oft blutig purulente Secretion. Derartige Geschwüre zeigen sich wohl bei den Tuberkeln der Fusssohle, da dieselben hier nicht allein mit harten Gegenständen in Berührung kommen, sondern auch fortwährend durch den sich ansammelnden Schmutz gereizt werden. Diese Geschwüre dringen sehr tief und können, wie auch Rendu schon behauptete, bis auf den Knochen durchgehen, wodurch dieser und namentlich der Calcaneus in einen cariösen Zustand versetzt wird.

Da die Kranken sich im Beginne des Stadiums incrementi wegen der fortwährenden heftigen Schmerzen vor Berührung des Tuberkels mit einem fremden Gegenstand schon von selbst in Acht nehmen, so kommen alsdann diese Ulcera beinahe niemals vor. Allein im weiteren Entwicklungsverlaufe werden die Tuberkel gefühllos, und jetzt entstehen durch intensive äussere Reize die erwähnten Ulcera; — ich sage intensive Reize, da die Tuberkel durch das bereits gebildete Bindegewebe sehr resistent und nur bei bedeutenden Störungen dem Zerfalle preisgegeben sind.

Die Patienten fühlen sich während des jahrelangen Verlaufes der Krankheit sehr wohl und stellen sich deshalb höchst selten aus eigenem Antrieb unter ärztliche Behandlung. Auch ist es weder mir noch meinen Collegen vorgekommen, dass ein Kranker an der Framboesie gestorben wäre; — wohl geschieht es, jedoch stets in äusserst seltenen Fällen, dass bei sehr geschwächten Kindern in Folge der tiefen und grossen Geschwüre sowie der grossen Masse der Secretion eine allgemeine Erschöpfung eintritt. Ich stimme jedoch nicht mit Paulet, Levacher und Thompson überein, die behaupten, dass wenn die Kranken Recidiven bekommen, sich die Tuberkel derart entwickeln können, dass jene durch die profuse Secretion unter colliquativen Erscheinungen marastisch zu Grunde gehen. Hat Jemand mit Framboesie das Leben eingebüsst, so muss dies nicht dieser, sondern einer anderen intercurrirenden Krankheit zugeschrieben werden. Die Eingeborenen begreifen dies auch vollkommen und haben nicht die mindeste Scheu vor der Framboesie.

In Westindien werden der sog. Framboesia oder Yaws noch verschiedene Namen gegeben, die jedoch nach meiner Ansicht keine Bedeutung haben. Bowerbank spricht von Watery Yaws (Yawswater), wenn die Tuberkel bei cachectischen Individuen ödematös sind; Ringworm Yaws, wenn die Efflorescenzen in einen Kreis zusammenfliessen; Guinea Corn Yaws, wenn die Tuberkel klein und rund sind wie ein Maiskorn. Andere Namen sind Master oder Daddy (Papa) oder Fadee; auch Mammy oder Mother oder Modee, auch Grandy Yaws. Wenn die Yaws an den Füssen auftreten, so werden sie Tubbae genannt. Der Name Fadee wird der während des Verlaufes der Eruption entstehenden Mykosis gegeben, und mit Mammy und Grandy werden die bei den Yaws auf der Stelle der Inoculation entstehenden und der allgemeinen Eruption vorangehenden fungösen Tumoren bezeichnet. Thompson, Paulet, Boyle u. A. negiren die Mammy Yaws vollkommen. Europäische Dermatologen nennen die alle anderen an Grösse übertreffenden Tuberkel „Mamma“. In Jamaika besteht noch eine Varietät „Membra Yaws“, Benennung für einige fungöse Tuberkel, die sich zuweilen bei mit Framboesie behaftet gewesenen Personen zeigen, welche aller Wahrscheinlichkeit nach lediglich eine Recidive der Framboesie vorstellen. Alle diese Benennungen sind ohne wissenschaftlichen Werth und haben ihren Ursprung der Bevölkerung selbst zu verdanken.

Die Prognose der Yaws ist also sowohl mit Hinsicht auf die Restitution der erkrankten Stellen wie auch der Constitution sehr günstig.

Die Framboesie währt ohne Behandlung bisweilen sehr lange, um endlich doch, ohne eine Abnormität für das ganze Leben zu hinterlassen, zurückzugehen, und gehen die Tuberkel durch irgend welche Weise in Verschwärung über, dann deuten die Narben die Stellen früherer Ulcera an.

Das ätiologische Moment der Krankheit ist unbekannt. Zwar wird von den Meisten Syphilis als Ursache angegeben, doch soll die Grundlosigkeit dieser Anschauung in der weiteren Beschreibung ins Licht gesetzt werden.

Pathologische Anatomie.

Die von mir angefertigten Präparate wurden sämmtlich in chromsaurem Kali und absolutem Alkohol gehärtet und die meisten Durchschnitte mit Picrinsäure, andere mit Karmin tingirt. Ein vertikaler Durchschnitt durch eine stecknadelgrosse Papille mit einem gelben Pünktchen an der Spitze zeigt, dass dieses gelbe Pünktchen, welches sich sehr leicht abheben lässt, nichts anderes ist, als das Stratum corneum der Epidermis, welches die dreifache Grösse des normalen hat. Wenn jedoch die zweite Kruste eines Tuberkels untersucht wird — wir wissen, dass, sobald man die eine Kruste weggenommen, sich bald eine neue bildet — so finden wir nicht, wie bei der ersten, ein Stratum corneum, sondern eine vertrocknete Masse, bestehend aus Hautschmeer, Granulations- und Stachelzellen. Ueberdies zeigt sich uns unter der Kruste ein klebriges, weissliches Secret, welches die Papillen der Haut theilweise bedeckt. Bringt man jetzt ein Gläschen an das Secret, so bleibt an demselben eine geringe Quantität kleben. Dieses weissliche Secret nun, mit einer geringen Menge Glycerin vermischt, stellt sich unter dem Mikroskop als eine Anzahl granulirter Zellen und Stachelzellen der oberen Lagen der Schleimschichte der Haut dar.

Das Rete mucosum ist sehr stark verdickt. In der Schleimschichte sind besonders bei umfangreichen Tuberkeln eine grosse Anzahl Granulationszellen wahrnehmbar. Die Hautpapillen sind sehr vergrössert, sowohl durch Schwellung und Zunahme des faserigen Bindegewebes, als durch ihren Zellreichthum. Sie erheben sich nicht allein über das normale Hautniveau, sondern dringen auch sehr tief in das Corium. Die Papillen, in so sehr vergrössertem Zustande, verlaufen abgesondert und gerade, sie können jedoch auch einen geschlungenen Verlauf haben. Auf der Grenze des Framboesie-Tuberkels und der gesunden Haut sehen wir die vergrösserten Papillen kleiner werden und allmälig ins Normale übergehen. Ueberall wo der krankhafte Process vorhanden ist, befinden sich granulirte Zellen und in vorgeschrittenen Fällen bei grossen Tuberkeln sind die Zellen sehr angehäuft und reichen ganz in die Tiefe zwischen die Maschen des collagenen Gewebes; vermuthlich Lymphräume. Die Gefässnetze der Hautpapillen sowohl als auch

des subpapillären Gewebes sind sehr ausgedehnt und haben einen geschlungenen Verlauf. Dies findet man bei jenen fungösen Wucherungen, welche die Grösse eines Stecknadelkopfes haben; beim Grösserwerden dieser Geschwülste erweitern sich im entsprechenden Verhältnisse auch die tieferen Gefässe. Diese Erweiterung geht von den oberflächlichen Gefässen aus und zwar in der Weise, dass die Gefässe des papillären und subpapillären Netzes zunächst am Processe theilnehmen, darauf folgen diejenigen, welche das oberflächliche mit dem tiefen horizontalen verbinden und endlich findet man bei sehr grossen Tuberkeln, besonders wenn sie lange gedauert haben, auch im tiefsten Netze den abnormen Zustand der Gefässe. Zugleich ist das Corium und zwar besonders der papilläre Theil desselben auch sehr verdickt.

Wie bereits beim Verlaufe der Krankheit angeführt worden, bleiben die Haare normal. Dieselben behalten in jedem Stadium des Tuberkels ihre Haarscheide, nur zeigt sich, wenn sie ausgezogen wurden, an mikroskopischen Präparaten eine deutliche Häufung granulirter Zellen in und zwischen den Schichten des Haarbalges, gerade dort, wo das capilläre Netz der Haarbälge sich befindet.

Die Schmerdrüsen dahingegen sind einigermassen vergrössert und secerniren aussergewöhnlich viel Sebum, woher auch die gelbe Farbe der Kruste herrührt. Auch um die Drüsen, im Bindegewebe häufen sich granulirte Zellen an. Die Schweissdrüsen zeigen Röhren, die $^1/_2$ bis 2mal weiter sind als im normalen Zustande. Das Endothelium der Röhren ist auch sehr vergrössert.

Die Arrectores pilorum sind sehr hypertrophisch und bei grossen Tuberkeln befinden sich auch die tiefen Hautmuskeln in demselben Zustande.

Der ganze Process in der Haut fängt also vom Niveau des Corpus papillare an, und breitet sich aus in die Tiefe des Coriums.

Unwillkürlich fragt man sich jetzt, woher kommen die granulirten Zellen?

Die grösste Anhäufung von granulirten Zellen zeigt sich in der That um die Gefässe, selbst tief im Corium; wobei sowohl im Lumen wie auch in der Umgebung Zellanhäufungen erscheinen. Die granulirten Zellen müssen mithin von den Gefässen herrühren und sind weiter nichts als weisse Blutkörperchen.

Was den ganzen Krankheitsprocess angeht, so haben wir jetzt constatirt, dass zunächst eine Erweiterung und Schlängelung der oberflächlichen und später der tieferen Gefässe und Gefässnetze mit darauffolgendem Austritte weisser Blutkörperchen stattfindet. Hiemit hält die successive Vergrösserung der Hautpapillen gleichen Schritt. Bei Ausbreitung des krankhaften Processes werden ausser den Haarfollikeln auch die Schmer- und Schweissdrüsen nebst den Hautmuskeln in Mitleidenschaft gezogen.

Sobald die Tuberkel rückgängig werden, vertrocknen zugleich mit den obersten Zellenschichten des so verdickten Stratum mucosum auch die sich in der Schleimschichte befindenden granulirten Zellen, wobei die Oberfläche eines solchen Tuberkels aussieht, als ob feiner Sand aufgestreut wäre. Die granulirten Zellen im Corium werden entweder in die Lymphräume aufgenommen oder sie gerathen erst nach stattgehabtem Zerfall in dieselben oder auch in die Blutgefässe selbst. Die vergrösserten Hautpapillen schrumpfen erst langsam ein und sind deren abnormale Grössen Ursache der tiefen Furchen und Gruben, welche nebst den vergrösserten Oeffnungen der Schmer- und Schweissdrüsen sowie rothen, dunkel pigmentirten Flecken nach längerer Zeit die Stelle andeuten, wo ein Framboesia-Tuberkel gestanden hat. Nach Ablauf eines Monats bis zu einem Jahre ist die Haut ganz zur Norm zurückgekehrt.

Um kurz zu sein, müssen wir sagen, dass bei der Framboesie eine chronische Dermatitis stattfindet, die von der Papillarschicht ausgeht und sich unter Auftreten von consecutiven Veränderungen tief im Corium ausbreitet.

Die Ursache der pathologischen Vorgänge ist nicht bekannt, und ich konnte sie aus den mannigfaltigen mikroskopischen Untersuchungen nicht eruiren.

Contagiosität.

Alle Autoren, die über Framboesie geschrieben haben, stimmen darin überein, dass die Krankheit sehr ansteckend ist. Bei meinen Nachforschungen jedoch begann ich an der Contagiosität dieser Dermatose zu zweifeln, indem es mir auffallend erschien, dass ein Kind die Krankheit an der Lippe hatte ohne seine Geschwister anzustecken, während diese doch mit ihm aus demselben Gefässe

assen und tranken und auch mit dem Kranken in demselben, oft sehr beschränkten Raum schliefen; in äusserst seltenen Fällen sah ich zwei Kinder derselben Familie mit den Yaws behaftet. Um positive Sicherheit zu bekommen, entschloss ich mich, sowohl Hetero- als Autoinoculationen vorzunehmen.

In der Festung Segli auf Atjeh befand sich geraume Zeit ein 12jähriger Sohn eines daselbst thätigen, eingebornen Arbeiters. Der Vater war vollkommen gesund; dagegen hatte das Kind, welches hinsichtlich Körperbau und Entwickelung ganz günstig aussah, seit $1^1/_5$ Jahren eine über den ganzen Körper zerstreute Framboesie-Eruption. Die Efflorescenzen hatten die Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Nuss; auch congruirten die Tuberkel auf einigen Stellen, während andere durch mechanische Verletzung in Verschwärungen übergegangen waren. Die unbeschädigten Papeln und Tuberkel trugen eine honiggelbe Kruste und waren von einem dunkelgefärbten Hofe umgeben. Beim Wegnehmen der Kruste kam die fungöse Form eines jeden Tuberkels zum Vorschein. Auf den Nasenflügeln und zwar in den Nasenhöhlen befanden sich Tuberkel, wodurch erstere sich sehr hart anfühlen liessen. Auf einigen Stellen des Körpers bemerkte ich dunkle Flecke, wodurch jedesmal der Platz eines früheren Tuberkels angedeutet wurde. Wie ich den Kranken sah und auch während des ferneren Verlaufes blieben die Efflorescenzen indolent; zugleich war Polyadenitis universalis vorhanden. Ich hatte diesen Patienten vom 5. Mai 1879 bis August desselben Jahres ohne Darreichung irgend welcher therapeutischer Mittel unter Observation, während welcher Zeit die Krankheit derart verlief, dass nach Heilung einiger Tuberkel stets wieder neue auftraten. Die Tuberkel in der Nase entwickelten sich auf merkwürdige Weise; sie vergrösserten sich nämlich nach aussen, während die Nasenhöhle nach und nach frei wurde." Es bildete sich auf der Oberlippe ein erhabener bogenförmiger Wall mit der Concavität gegen die Nase zu und fand hier gleichsam ein serpiginöser Verlauf ohne Hinterlassung von Narbengewebe statt. Am 3. Juni nahm ich Impfungen auf dem Kranken selbst vor und zwar auf der rechten Brust mit einer in Glycerin erweichten Kruste und auf der linken Brust mit Blut eines sich im Stadium incrementi befindenden Tuberkels. Sehr bald traten an beiden Impfstellen Reactionserscheinungen auf und entwickelte sich innerhalb 10 Tage eine Pustel auf der rechten Brust, während sich dieselbe auf der linken erst nach

16 Tagen zeigte. Beide Pusteln bedeckten sich mit ansehnlichen Krusten, worunter nach Entfernung ein deutlich fungöser Grund zum Vorschein kam. Die Bildung neuer Krusten ging sehr schnell vor sich und entwickelte sich allmälig ein fungöser Tumor.

Vom 1. August an wurde der Patient behandelt äusserlich mit 2 Handflächen grossem Mercurialpflaster auf die Waden und innerlich mit Jodkali in steigender Dosis. Nach einer Behandlung von 2 Monaten war der Patient vollkommen geheilt und hatte inzwischen bedeutend an Dicke zugenommen. Von demselben Kranken nahm ich sowohl Blut als Kruste, um zwei wegen Fiebers im Hospitale liegende eingeborne Soldaten damit einzuimpfen. Beide Soldaten waren gut genährt und befanden sich in einem Alter von 20 resp. 25 Jahren. Beide wurden am 30. Juni auf der rechten Brust mit einem Vesicans von 6 Ctm. Durchmesser behandelt. Nach Entfernung der Blase und Reinigung der Erosionsfläche wurde auf dieselbe ein Stückchen der erweichten Kruste und in einer Entfernung von 4 Ctm. ein Charpiebäuschchen mit Blut aus einem Framboesie-Tuberkel angelegt und darauf verbunden. Trotzdem blieben die Resultate durchaus negativ und zeigte die sich langsam mit Epidermis bedeckende Stelle nicht die geringste Veränderung.

Ich habe diese zwei Soldaten volle 4 Monate unter Observation gehabt, ohne jedoch irgend eine Erscheinung von Framboesie an ihnen wahrzunehmen.

In genannter Festung Segli kam am 28. Mai 1879 der 26jährige eingeborne Soldat Gnojo unter meine Behandlung. Er sah gut genährt aus, war von starkem Körperbau und litt an zwei 1 Ctm. erhabenen Tumoren auf dem rechten Fussrücken. Der kleinste dieser Tumoren hatte ein rundes, halbkugelförmiges Aussehen, hatte in der Breite einen Durchmesser von 3 Ctm., war mit der Haut beweglich und fühlte sich beim Betasten sehr hart an. Die Oberfläche war fungös und konnte man mit bewaffnetem Auge die vergrösserten Hautpapillen sehr deutlich beobachten. Der andere Tumor entstand durch Confluiren dreier kleiner Tuberkel, war ebenfalls sehr hart und mit der Haut beweglich. In der Mitte dieser Efflorescenz befand sich ein kraterförmiges Geschwür von unregelmässiger Form und bedeckt mit einer stinkenden, blutig-eitrigen Flüssigkeit. Die Ränder dieses Geschwürs zeigten eben wie die ganze Oberfläche des Tumors ein fungöses Aussehen. Der Patient behauptete, sich mit dem Tumor gegen

einen Stuhl gestossen zu haben, wodurch das Geschwür entstanden sei. Die Effloreszenzen waren indolent. Vor einem Jahre hatte der Patient dergleichen Geschwülste an seinen beiden unteren Extremitäten; Diese verschwanden allmälig, um wieder anderen Platz zu machen. Bereits umschriebene, dunkle Flecken, sowie einige Narben zeigten noch die betreffende Stelle an. Während der letzten 4 Monate hatte er jedoch ausschliesslich an erwähnten 2 Tumoren auf dem Fussrücken gelitten. Von Adenitis war nicht die geringste Spur zu entdecken.

Mit der in Glycerin erweichten Kruste und mit Blut aus den Tuberkeln dieser Person nahm ich auf folgende Weise Impfungen vor: Ich reinigte mit lauwarmem Wasser eine Stelle an der Vorderfläche und in der Mitte des Unterschenkels, zog darauf sehr vorsichtig ein Haar aus seinem Follikel, erweiterte die Oeffnung, ohne Blutung zu verursachen, mit einem stumpfen Werkzeuge und brachte dann den Impfstoff in den Haarsack. Hierauf wurde die Umgebung mit einem harten Gegenstande gerieben, um Hyperämie um den Haarsack zu erregen und dadurch die Aufnahme des Impfstoffes zu befördern.

Zuerst machte ich diese Manipulation beim Kranken selbst. Nach 14 Tagen entstanden an den Impfstellen zwei erbsengrosse Pusteln, welche jedoch allmälig vertrockneten und nach 30 Tagen von der Impfung an nur zwei weisse Fleckchen hinterlassen hatten.

Zu gleicher Zeit mit Gnojo wurde ein scrophulöser atjehnesischer Knabe, ein gesunder Javane und ein mit serpiginös-syphilitischen Geschwüren behafteter Javane geimpft. Bei den zwei letztgenannten Personen habe ich ebenfalls Impfungen mit Eiter aus einer Acnepustel eines gesunden Individuums vorgenommen und zwar auf der anderen symmetrischen Seite, wo ich die Inoculation mit Framboesieprodukten ausgeführt hatte.

Mein Streben war, zu erforschen, in wie weit ein Unterschied zwischen den Resultaten, die man durch Einimpfen mit gewöhnlichen Entzündungsprodukten und jenen eines framboesischen Tuberkels bekommt, bestehen möchte. In allen diesen Fällen hatte ich keinen anderen Erfolg als Pusteln, welche langsam vertrockneten und nichts mit Framboesie gemein hatten, während das Resultat der Einimpfungen mit framboesischem Secret sich in keiner Hinsicht

von demjenigen mit gewöhnlichem Eiter unterschied. Wegen Versetzung meinerseits oder Abreise der Kranken ist es mir nie möglich gewesen, letztere länger als $2^1/_2$ Monate zu observiren, weshalb ich auch nicht berichten kann, ob sie vielleicht später Framboesie bekommen haben.

Nach meiner Anstellung im Militär-Hospital zu Pantek Perak auf Atjeh hatte ich häufiger Gelegenheit, meine Untersuchungen über die Ansteckung der Framboesie fortzusetzen.

Am 27. December 1879 wurde mir von dem dortigen Schiffsarzte ein eingeborner Kesselheizer der königl. Marine, ein gewisser Saliman zugeschickt. Der 25jährige Patient war gut genährt und bereits 2 Monate lang krank. Seine Erkrankung fing an unter heftigem Fieber mit gastrischen Störungen; gleich nach dem Fieber erschien ein Hautausschlag. Bei der Untersuchung Saliman's fand ich über den ganzen Körper Framboesie-Tuberkel von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu einer Bohne. Rund um den Hals waren die Tuberkel auf 5 Ctm. Abstand von einander derart angeordnet, dass sie gleichsam ein Halsband bildeten. Die Tuberkel waren meistentheils mit einer schmutziggelben Kruste bedeckt; nur einzelne waren ohne Kruste und trocken beim Anfühlen und von fungöser Form. Auch waren sie mit der Haut beweglich und hart. Der Pat. hatte seit geraumer Zeit gar keine Beschwerden von seiner Krankheit. Er genas nach 40 Tagen, nachdem er mir als Impfungsmaterial gedient, nach äusserlicher Anwendung von Unguentum mercuriale auf die Tuberkel selbst und beim innerlichen Gebrauch von Kalium jodatum in steigender Dosis.

Den 12. Jänner 1880 sah ich einen eingebornen Krankenwärter mit der Framboesie behaftet. Der Patient hatte die Krankheit bereits ziemlich lange ohne sich viel daraus zu machen; zumal sie in der letzten Zeit ohne Schmerzen verlief. Ich nahm den Kranken, genannt Djimier, unter meine Behandlung. Der 23 Jahre alte, gut genährte Patient hatte in der rechten Nasenhöhle zwei harte Framboesie-Tuberkel von $^1/_2$ Ctm. Durchmesser, bedeckt mit einer schmutziggelben Kruste mit einzelnen rothen Pünktchen. In der linken Nasenhöhle und zwar auf der Scheidewand auf dem Nasenflügel und dem Nasengrunde befanden sich confluirende Tuberkel, welche eine unregelmässige Erhabenheit bildeten. Diese Erhabenheit breitete sich später bis zum Rande der Oberlippe aus. In der Ecke des Hodensackes und des Penis

waren 5 fungöse Tuberkel von je $^1/_2$ Ctm. Durchmesser und in einem Halbkreise geordnet; in der Concavität des Bogens war ein Tuberkel von derselben Dimension und waren dieselben insgesammt infiltrirt, von einem dunklen Hofe umgeben, sehr erhaben und mit einer dünnen, honiggelben Kruste bedeckt. Die Drüsen in den Leisten waren ausgedehnt, einzelne mit Fluctuation.

Dieser Fall beweist sehr deutlich, wie resistent die alten Framboesie-Tuberkel sind; in der Nase sitzend geben sie dem Kranken, seiner eigenen Aussage gemäss, Veranlassung zu häufigem Bohren mit dem Finger, ohne weder Ulcerationen noch Verletzungen der Tuberkel zu verursachen.

Auch dieser Kranke wurde als Prüfungsmaterial benützt und darauf mit Unguentum mercuriale auf die Tuberkel und innerlich mit Jodkali in steigender Dosis behandelt. Er genas vollkommen innerhalb zweier Monate.

Letztgenannte zwei Kranke habe ich gegenseitig geimpft mit der erweichten Kruste und mit Blut eines Tuberkels. Sowohl bei Salman wie bei Djimier folgte kurz nach der Operation eine starke Röthe auf der Impfungsstelle. Bei Salman entstand nach 14 Tagen eine grosse Pustel auf der mit Eiter geimpften Stelle; 14 Tage nach Entfernung der Rupiakruste fand ich ein 3 Ctm. tiefes Geschwür mit speckigem Grunde und erhabenen, unterminirten Rändern; das Geschwür war nicht infiltrirt, jedoch sehr schmerzhaft und secernirte eine zähe, eitrige Flüssigkeit. Die Umgebung des Geschwüres war roth und einigermassen ödematös. Das Geschwür bekam sehr bald einen äusserst fungös wuchernden Grund; jedesmal nach Entfernung der Kruste bildete sich eine neue in der Form einer Austerschale und von honiggelber Farbe. Es entwikkelte sich zuletzt auf der Impfungsstelle ein vollkommener, fungöser Tumor, welcher das Bild eines Framboesie-Tuberkels darbot.

Die mit Blut geimpfte Stelle lieferte nichts Besonderes. Djimier hatte 8 Tage nach der Impfung 2 Pusteln von der Grösse einer Erbse, welche jedoch langsam vertrockneten und nach Verlauf von 20 Tagen nur stecknadelkopfgrosse weisse Verhärtungen hinterliessen. Es wurden mit dem Framboesie-Produkte Salman's ferner geimpft:

1. Ein 30jähriger, gut genährter und gesunder eingeborner Soldat, Singopermono. Nach der Inoculation erfolgte keine Reaction.

2. Die 15jährige, stark gebaute, gut genährte eingeborne Frau Kasimin, nebst ihrer einjährigen Tochter, welche gleichfalls gut und normal entwickelt war. Die Mutter litt an Vaginalblennorrhöe und hatte ihrem Kinde blennorrhoische Ophthalmie verschafft. Die Ophthalmie heilte schnell und nachdem beide Kranken 26 Tage im Krankenhause zugebracht hatten, wurden sie am 13. Jänner 1880 geimpft und zwar die Mutter an der sehr entwickelten rechten Brust.

Das Resultat der Impfung war, dass sie am 4. Februar ein 3 Ctm. breites, infiltrirtes, tiefes, schmerzhaftes Geschwür mit speckigem Grunde bekam, woraus viel zäher Eiter floss. Die Tochter wurde mit der Mutter zugleich auf beiden Schultern geimpft. Es bildeten sich zwei sehr unbedeutende Pusteln, welche schnell vertrockneten. Beide Patienten wurden auf Ersuchen der Mutter aus dem Krankenhause entlassen und entzogen sich gänzlich meiner Beobachtung.

3. Ein 30jähriger eingeborner Hospitalgehilfe. Die Folge war, dass sich bei ihm zwei erbsengrosse Pusteln entwickelten. Während nun die Pustel, durch Impfung mit Blut hervorgebracht, rasch vertrocknete, dehnte sich die durch eine eingeweichte Kruste erzeugte mehr und mehr aus. Endlich wurde die Rupiakruste entfernt und kam darunter ein 2 Ctm. grosses Geschwür mit fungösem Grunde zum Vorschein. Von Zeit zu Zeit, und zwar gegen Abend, bekam der Kranke Temperaturerhöhung, die jedoch beim Gebrauche von Chinin wich. — Das anhaltend schmerzhafte Geschwür heilte sehr langsam unter einem Wasserverbande.

Ferner wurden noch mit der Framboesia-Secretion Salman's geimpft: 3 Javanen, 1 Afrikaner und 1 ambonesisches Kind, sämmtlich gesund und im Alter von respective 1, 3, 4, 7 und 10 Jahren stehend. Bei allen diesen Kindern erfolgte Reaction, jedoch musste ich auf weitere Beobachtungen, wegen meiner Versetzung nach Padang, hierauf sowohl wie auch auf den Fall 3 verzichten.

Behufs näherer Erklärung der Impfung mit Framboesie-Produkten Salman's muss ich noch beifügen, dass ich Produkte von Tuberkeln in verschiedenen Stadien benutzt habe. Auch wählte ich absichtlich 6 Kinder für diese Operation, indem ich voraussetzte, dass das kindliche Alter sich am besten für das Gelingen der Impfung eignen würde.

Im meinem neuen Wirkungskreise als Primararzt im Hospital für Zwangsarbeiter in Padang konnte ich es nicht unterlassen, noch einmal über die Frage der Contagiosität der Framboesie Prüfungen anzustellen, um so mehr, da die früheren Proben kein Resultat gegeben hatten. Hier konnte ich mich mit mehr Erfolg wie früher mit dieser Frage beschäftigen, da ich die Zwangsarbeiter nach Gutdünken im Krankenhause halten konnte.

Im Allgemeinen waren die für die Impfung gebrauchten Kranken Beri Beri-Reconvalescenten, während einzelne selbst ganz gesund waren.

Mit Belohnungen und Versprechen, mich jeden operativen Eingriffes zu enthalten, brachte ich es dahin, dass jeden Morgen gegen 60 Kranke aus umliegenden Dörfern behufs Observation zu mir ins Krankenhaus kamen.

Anfänglich gab ich den Kranken ausschliesslich Sacch. alb., weil ich den Verlauf der Krankheit gut beobachten und zugleich die Patienten zufrieden stellen wollte.

Nachdem ich endlich die nöthigen Impfungen vorgenommen hatte, wurde mir genügende Gelegenheit gegeben, verschiedene Heilmethoden anzuwenden.

Von der grossen Anzahl Patienten wählte ich vier exquisite Framboesie-Kranke, um ihre Produkte auf Gesunde und Reconvalescenten zu übertragen. Die Krankheitsgeschichte dieser 4 Personen folgt hier in Kürze nach:

Nr. 1. Der 29jährige, gut genährte Kauwno litt bereits seit 4 Jahren an Framboesie und hatte sich bisher nicht behandeln lassen, weil er weder Verschwärungen hatte noch überhaupt die geringste Störung seitens seines Leidens bei Verrichtung seiner Arbeit wahrnahm. Seit 13 Jahren verheirathet, blieb seine Frau stets gesund. Die Ehe war kinderlos. Der Kranke hatte über seinen ganzen Körper eine zerstreute Framboesie-Eruption in verschiedenen Stadien. Auf dem Halse und im Gesichte trug er Tuberkel sowohl im Stadium incrementi wie decrementi. Polyadenitis universalis war nachzuweisen; die Drüsen hatten die Grösse eines Taubeneies, fluctuirten sehr leicht in ihrer Mitte und waren indolent.

Nr. 2 betrifft den 5jährigen gut genährten und entwickelten eingebornen Knaben Dvela. Das Kind erkrankte vor 3 Monaten unter

Fieber, gastrischen Störungen und Schmerzen an den Extremitäten. Zwischen dem rechten Oberschenkel und Scrotum befanden sich zwei $2^1/_2$ Ctm. lange, ovale, erhabene, indolente, harte, fungöse Tumoren mit dunkelroth gefärbter Areola. Um die Fuss- und Kniegelenke beider Beine, sowie an beiden Handrücken, also ziemlich symmetrisch zeigten sich eine Anzahl stecknadelkopfgrosser Papeln mit gelben Pünktchen. — Rund um den After befanden sich erbsengrosse, mit gelben Krusten bedeckte fungöse Wucherungen. Die Polyadenitis, anfänglich schmerzhaft, jedoch jetzt indolent, war sehr stark ausgedrückt. Der Patient fühlte sich vollkommen gesund und machte sich wenig aus seiner Framboesie.

Nr. 3. Der malaysche junge Lehman, 5 Jahre alt und von gutem Körperbau, hatte 6 vollkommen gesunde Geschwister, die mit ihm in demselben Bette schliefen. (Es sind dies Betten aus Bambus von $1^1/_2$ Meter Breite und $2^1/_2$ Meter Länge.) Seine Eltern waren todt. Seit 4 Monaten hatte der Patient eine Framboesie-Eruption sowohl auf dem Nacken wie am behaarten Kopfe, im rechten Mundwinkel, theilweise im Munde und theilweise an der Haut. Auf beiden Handrücken waren kleine, stecknadelkopfgrosse Papeln mit der charakteristischen gelben Kruste an der Spitze. Auf dem linken Ellbogen befand sich ein 1 Ctm. breiter, erhabener, harter Tuberkel mit einigen kleinen rund herum. Auf der Innenseite des rechten Oberschenkels auf dem Hodensacke waren mehrere grosse erhabene Tuberkel von ovaler Form, harter Basis und dunkelgefärbter Areola. Auf den Fuss- und Kniegelenken befand sich eine Anzahl Framboesie-Tuberkel. Rund um den After bildeten die Tuberkel einen Kreis. Bei allen diesen Tumoren war deutlich die fungöse Form zu erkennen. Hie und da fand man eine indolente Drüsenschwellung.

Nr. 4. Der Malaye Gedang, 20 Jahre alt, von sehr langer Taille und äusserst abgemagert. Seit bereits 7 Monaten litt der Mann an über den ganzen Körper ausgebrochener Framboesie. Kaum heilte ein Tuberkel, so trat ein neuer auf. Auf den oberen und unteren Extremitäten waren die Tuberkel sehr klein und hatten sie die grösste Ausdehnung am behaarten Kopfe, im Gesichte und auf dem Rumpfe, wo sie in kleiner Anzahl zerstreut waren. Gleichzeitig bestand Polyadenitis universalis. Sonst fühlte Gedang sich gesund und erklärte, nur im Anfange seiner Krankheit unter heftigem Fieber auch Schmerzen in sämmtlichen Knochen verspürt zu haben.

Von den erwähnten vier Kranken nahm ich die erweichte Kruste nebst Blut von in verschiedenen Stadien befindlichen fungösen Tumoren, womit ich impfte:

A. die Personen selbst, von denen der Stoff genommen war;

B. zwei der vier Patienten mit gegenseitigem Stoffe;

C. 32 framboesiefreie Zwangsarbeiter javanischer Race mit Ausnahme eines Chinesen, und

D. 10 Malayen, die früher mit Framboesie behaftet gewesen und zur Zeit nur Pigmentflecke und einige Narben des früheren Processes aufweisen.

Die Impfung geschah auf folgende Weise: Ein Spitzbistouri wurde 1 Ctm. tief unter die Oberhaut gestochen; die Stichöffnung ohne Herausziehen des Messers etwas breiter gemacht; darauf wurde das Instrument ein wenig nach aussen gezogen und so gedreht, dass die Fläche des Messers senkrecht auf die Haut zu stehen kam, wodurch ein offener Sack entstand und worin mit einer Hebra'schen Impfnadel das Framboesie-Produkt bis in die Tiefe eingeführt wurde. Hierauf wurde zunächst das Messer und dann die Nadel ausgezogen. Selten fand bei dieser Operation Blutung statt und stets blieb der eingeimpfte Stoff unterhalb der Epidermis. Gleich nach der Operation entstand Reaction, die sich als eine ausgebreitete Röthe um die Verwundung mit localer Temperaturerhöhung kennzeichnete.

Ich unterlasse es, jeden einzelnen Fall zu beschreiben, da uns nur die Resultate der Impfungen interessiren.

A. Autoinoculation.

Von den dazu benützten 4 Personen lieferten 3 gute Erfolge. Der kleine Doela hatte wegen Juckens der Impfstelle den Process auffallend gestört, wodurch geringe Resultate ans Licht traten. Sowohl die Impfung mit Blut als mit erweichter Kruste erzeugten langsamer Weise zuerst Papeln und darauf Pusteln, welche grösser wurden und eine rupiaförmige Kruste bekamen.

Beim Entfernen der Krusten entdeckte ich tiefe, schmerzhafte Geschwüre mit speckigem Grunde und unterminirten, erho-

benen Rändern. Auf dem Grunde der Geschwüre entstanden papilläre Wucherungen und jedesmal bildeten sich neue Krusten. Endlich entwickelten sich aus den Geschwüren prachtvolle, fungöse Tumoren. Durch diese Impfversuche, die beinahe sämmtlich denselben Verlauf hatten, ist der Beweis geliefert, dass die Framboesie bestimmt autoinoculabel ist. Da ich genannte Pat. über 4 Monate lang unter meiner Behandlung hatte, kann ich mit positiver Sicherheit behaupten, dass die Impfungen keinen besonderen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Framboesie, womit die Patienten vor der Impfung behaftet waren, ausgeübt haben.

Der Verlauf kennzeichnete sich wie gewöhnlich dadurch, dass während der eine Tuberkel zurückging, wieder neue auftraten.

B. Impfungen zweier der vier angeführten Framboesie-Patienten mit wechselseitigen Krankheitsprodukten.

Hiervon gelang nur die Impfung bei Kauwno und zwar die mit Blut unternommene. Es entstand eine deutliche fungöse Wucherung mit der eigenthümlichen Kruste. Diese Probe habe ich eigentlich angestellt, um im Falle, dass die Selbstimpfungen misslängen, constatiren zu können, ob der Framboesie-Kranke für das Produkt eines anderen Kranken empfänglich wäre, während er gegen eigenen Stoff immun blieb.

C. Impfung von Zwangsarbeitern, die nie Framboesie gehabt hatten.

Von allen diesen Impfungen misslangen nur 4, worunter sich auch der Chinese befand. Ich habe die betreffenden Personen über 5 Monate lang täglich gesehen und war im Stande genaue Beobachtungen anzustellen. Da der Erfolg der Impfung bei allen beinahe derselbe war, so will ich in Hauptzügen meine Schlüsse anführen.

Nachdem etwa 14 Tage seit der Impfung verflossen waren, zeigten sich bei den Personen (mit 4 Ausnahmen) kleine Papeln auf der Impfstelle. Die Papeln hatten einen rothen Hof und waren äusserst schmerzhaft und war in der Umgebung die Temperatur der Haut nur $^1/_2{}^0$ erhöht. Langsamerweise entwickelten sich aus

den Papeln Pusteln; dies geschah ungefähr 20 Tage nach der Impfung. Diese Pusteln breiteten sich immer mehr aus und waren so schmerzhaft, dass der Kranke der Reibung wegen sein Hemd nicht mehr ertragen konnte. Die Krusten der Pusteln wurden auch grösser, bekamen eine ungleiche Oberfläche und nahmen mehr die Gestalt einer Austerschale an.

Nachdem die Krusten einige Zeit gestanden hatten, entfernte ich verschiedene derselben, um zu sehen, was unter ihnen vorging. Es zeigten sich tiefe Geschwüre mit speckigem Grunde, unterminirten und dicken Rändern. Die purulente Secretion war gering. Man hatte vor sich das Bild eines Ulcus molle. In den mit den Brusthälften correspondirenden Achselhöhlen klagten die Patienten über schmerzhafte Drüsenschwellung; auch war die ganze Stelle von den Geschwüren bis zur Achselhöhle intensiv schmerzhaft. Allmälig wurden einige Geschwüre fungös, während wieder andere sich abflachten. Letztere liessen sämmtlich eine dicke, harte und weissliche Narbe zurück. Erstere dahingegen entwickelten sich zu erhabenen Tumoren, die vollkommen das Bild eines Framboesia-Tuberkels vorstellten. Bei den meisten Patienten zeigten sich nach drei, bei anderen erst nach vier Monaten die ersten Erscheinungen der Framboesie und zwar bevor noch die ersten Affectionen geheilt waren.

Unter diesen ersten Erscheinungen kennzeichnete sich zuerst Fieber, das mit Kälte anfing. Die Körperwärme stieg des Abends bis auf 39°, während die meisten Patienten am Tage fieberlos waren.

Dieses Fieber begann ungefähr 8 Tage vor der Eruption und dauerte im Ganzen 14 Tage.

Gleichzeitig traten Knochenschmerzen auf und zwar in dem Grade, dass der Kranke sich kaum bewegen konnte. Diese Schmerzen nahmen zu beim Drücken und localisirten sich speciell in den Gelenken, wobei jedoch nicht die geringste Anschwellung nachweisbar war. Höchstens bemerkte man hier eine geringe Temperaturerhöhung. Diese Schmerzen, welche niemals längs dem Verlaufe der Knochen auftraten, hielten Tag und Nacht an und dauerten bis kurze Zeit nach der Eruption, während sie bei gehöriger Behandlung schon im Anfange schwanden. Die Kranken litten auch an gastrischen Störungen und schliefen sehr wenig.

Die Eruption erfolgte in der Weise, dass die Kranken entweder rund um den Einimpfungs-Tuberkel kleine Framboesie-Tuberkel bekamen, oder dass letztere wie ganz isolirte Framboesie-Tuberkel auftraten. Diese Tuberkel verursachten grosse Schmerzen und trugen die charakteristischen gelben Krusten mit rothen Punkten.

Während 3 Wochen behielten die Kranken die heftigen Schmerzen und die Spannung der Tuberkel; alsdann bildeten sich nach und nach neue Tuberkel, die gänzlich schmerzlos waren. Warum nun die ersten Tuberkel wohl und die späteren nicht auch von Schmerzen begleitet waren, weiss ich mir nicht zu erklären. Auch habe ich nicht bemerken können, dass die Framboesie auf der einen oder anderen Stelle zuerst aufzutreten pflegt, sondern sie fängt bald hier, bald dort am Körper an.

Im Anfang der Eruption klagten die Patienten auch über Empfindlichkeit und Schwellung der Drüsen, wobei mir die auch bei Syphilis stattfindende Erscheinung auffiel, dass die, mit der Stelle der Impfung correspondirende Drüse zuerst anfing zu schwellen und schmerzhaft zu sein. Auch war die Anschwellung hier viel grösser, wie auf anderen Stellen. Auf Grund dieser Beobachtung habe ich bei Framboesie stets nach einer solchen grossen Drüse gesucht, um hierdurch auf die Spur geleitet zu werden, auf welche Weise und an welcher Stelle das Framboesie-Gift zunächst in den Körper gelangt sei. Leider erhielt ich keine befriedigenden Resultate, da die meisten unter meine Behandlung kommenden Kranken (die geimpften nicht gerechnet) bereits einige Zeit mit der Framboesie behaftet gewesen, so dass die betreffende Drüse zur Zeit der Untersuchung die anderen an Grösse nicht übertraf. Entweder hatte die Schwellung etwas nachgelassen oder die Vergrösserung hatte nicht in dem Masse stattgefunden, um einen Unterschied bewirken zu können.

Aus allen bis jetzt beschriebenen Impfungen geht hervor, dass die Impfung sowohl mit Blut, wie auch mit Tuberkelsecret günstige Resultate lieferte. Dagegen ist auffallend, dass die Impfung mit Blut aus einem trockenen Tuberkel im Rückgangsstadium (ohne Kruste und Secretion) stets misslang.

D. Impfungen von zehn früher bereits mit Framboesie behafteten Malayen.

Zur Vornahme dieses Verfahrens bewog mich die Behauptung einiger Autoren, dass die Krankheit dasselbe Individuum nur einmal heimsuche, während wieder Andere dieser Annahme widersprechen. Die von mir vorgenommenen verschiedenen Impfungen gelangen vorzüglich und nur bei 3 Individuen konnte ich geraume Zeit nach der Impfung nichts einer Framboesie Aehnliches bemerken. Sonst lieferten diese Impfungen dasselbe Resultat, wie diejenigen bei Leuten, welche diese Krankheit noch nicht gehabt hatten; nur muss ich noch hinzufügen, dass bei einem der Patienten erst nach Verlauf von 5 Monaten eine allgemeine Eruption hervortrat.

Die angeführten Versuche leiten uns mithin zu folgenden Resultaten:

1. Dass die Framboesie eine ansteckende Krankheit ist.
2. Dass sie sowohl auto- als hetero-inoculabel ist.
3. Dass sie dieselbe Person mehr als einmal heimsuchen kann.
4. Dass Framboesiekranke, die mit ihrem eigenen und mit dem Stoffe Anderer geimpft werden, auf dieser Stelle entweder ein, einem Ulcus molle ähnliches Geschwür oder einen fungösen Tuberkel bekommen, dass dagegen diese Impfungen nicht die geringste Veränderung auf die bereits bestehende Krankheit ausüben.
5. Dass sowohl das Secret, als auch das Blut eines Tuberkels ansteckend ist und die Folgen der Impfung beider die gleichen sind.
6. Dass das Virus ein festes Contagium ist und daher nur durch Contact mit der Haut Ansteckung verursachen kann.
7. Dass allein das Produkt von Tuberkeln im Stadium incrementi et acmes ansteckend ist und dass, sobald dieselben anfangen zu vertrocknen, keine Ansteckung mehr möglich ist.
8. Dass das Incubationsstadium 3 bis 5 Monate dauern kann.
9. Dass Fieber, begleitet von gastrischen Störungen und Knochenschmerzen der Eruption vorausgeht und dieselbe eine Zeit lang noch begleitet.

10. Dass, wenn die Framboesie noch nicht lange besteht, gewöhnlich die Stelle, wo das Virus in den Körper gelangt ist, annähernd bestimmt werden kann, weil die der Stelle entsprechende nächste Drüse am stärksten vergrössert ist.

Eine andere Frage, welche uns jetzt noch beschäftigt, ist, ob nicht die Framboesia, wie die meisten Autoren behaupten, als eine besondere Form der Syphilis zu betrachten sei. Alibert war der Erste, der diesen Gedanken äusserte und haben nach ihm beinahe Alle seine Meinung acceptirt.

Wirklich erinnert bei Framboesie Manches an Syphilis:

1. Beide sind contagiöse Krankheiten.
2. Beide haben ein fixes Contagium.
3. Die Incubation dauert bei beiden 3 bis 6 Monate.
4. Beide Krankheiten beginnen mit Fieber und Dolores osteocopi.
5. Beide äussern sich als Hautinfiltrate.
6. Bei beiden Krankheiten kommt Polyadenitis universalis vor.
7. Beide können durch dieselben Mittel heilen.

Dagegen gibt es aber andere Gründe, die uns dazu führen, dass Framboesie und Syphilis zwei sehr abweichende Krankheiten sind, die ganz bestimmt von einander unterschieden werden müssen.

1. Zeigt uns die Stelle, wo die Framboesie-Infection stattgefunden, ein Ulcus, welches stets als Ulcus molle verläuft, während bei Syphilis gerade die Verhärtung des Ulcus, die Sklerose, von dem grössten Gewicht für die Diagnose ist.

2. Beginnt Framboesie nie in Form von Flecken, wie es bei Syphilis meistens der Fall ist.

3. Sehr selten geht die Framboesie in wenigen Monaten von selbst zurück und ist der Verlauf dieser Krankheit ein Jahre andauernder, während die Erscheinungen von Syphilis doch gewöhnlich ziemlich rasch verschwinden.

4. Die Framboesie geht, ausser wenn ein starker Reiz auf einen Tuberkel gewirkt hat, nie in Ulceration über, wogegen man bei Syphilis mehr mit einem Destructionsprocesse zu thun hat.

5. Mag die Krankheit noch so lange anhalten, so leidet die Constitution der Kranken durch die Framboesie nie, während durch Syphilis heimgesuchte Personen gewöhnlich sehr dabei abfallen.

6. Auch bleibt die Framboesie immer auf der Haut und Schleimhaut localisirt und kann allein bei heftigen Reizen, wie z. B. das Stossen mit den Tuberkeln der Fusssohle gegen einen Stein etc., tiefer dringen. In solchen Fällen offenbart sich der Verlauf eines gewöhnlichen Ulcus und darf der Zerfall des Gewebes daher auch nicht der Framboesie, sondern allein dem betreffenden Reize zugeschrieben werden.

Bei Syphilis können alle Organe und alle Gewebe des Körpers an der Krankheit theilnehmen. Ferner beweist das Gelingen der Autoinoculation bei Framboesie, dass diese Krankheit nicht Syphilis ist.

Obwohl ich diese Thatsachen wusste, beschloss ich trotzdem einige Versuche anzustellen, um das Factum, dass Framboesie keine Syphilis ist, direct zu constatiren. Ich wählte dazu nur ein Individuum, da ich natürlich nicht mehr Personen der Gefahr der Syphilis aussetzen durfte. Vor dem Versuche theilte ich dem Kranken die möglichen Folgen dieser Impfung mit, um ihm somit vollkommene Freiheit des Handelns zu lassen. Er unterwarf sich hierauf freiwillig meinen Massregeln. Diese Person war der bereits früher erwähnte Kauwno. Derselbe wurde am 3. Mai auf der rechten Brust mit dem Secrete eines harten Geschwüres geimpft und es zeigte sich Anfangs Juni ein Ulcus durum an der betreffenden Stelle. Eine der Drüsen der rechten Achselhöhle war stark geschwollen und sehr schmerzhaft. Nach Ablauf von $3^1/_2$ Monaten trug Kauwno an seinem ganzen Körper ein maculöses und kurz darauf ein papulöses syphilitisches Exanthem. Kauwno hatte gleichzeitig seine Framboesie-Tuberkel, die durch das Auftreten der Syphilis nicht im geringsten modificirt wurden.

Um diese Zeit kam ein gut genährter, 26jähriger Malaye Namens Jasmo unter meine Behandlung. Dieser Mann hatte seit geraumer Zeit eine sehr zerstreute Framboesie-Eruption über seinem ganzen Körper, doch wollte er sich deshalb nicht behandeln lassen, sondern wegen einer in letzterer Zeit dazu getretenen Sklerose im Sulcus retroglandularis, welche Verhärtung laut seiner Aussage durch Beischlaf mit einer Frau, deren Genitalien krank gewesen, entstanden sei. Um jedoch vollkommene Sicherheit zu haben, liess ich die Sklerose ohne Störungen verlaufen. Das Ulcus

hinterliess noch lange eine Verhärtung, die von Zeit zu Zeit aufs neue aufbrach. Nachdem dieser Kranke 9 Wochen unter meiner Beobachtung gestanden, erschien über seinem ganzen Körper eine maculo-papulöse Syphilis mit Plaques opalines am Munde und um den After. Hauptsächlich durch diesen Fall wurde die Frage, ob Framboesie und Syphilis identische Krankheiten sind, negativ entschieden.

Therapie.

Obwohl der Krankheitsprocess der Framboesie von verschiedenen Fachmännern verschieden beschrieben wurde, so sind sie doch im Allgemeinen darüber einig, dass diese Krankheit durch Quecksilber zurückgeht. Selbst Sauvages, der die Syphilisart der Framboesie negirt und Plenck geben an, dass Mercur das beste Heilmittel der Framboesie sei. Neumann, Kaposi und die meisten europäischen Dermatalogen, welche unter den Namen Framboesie verschiedene Krankheitsformen zusammenfassen, geben natürlich auch verschiedene Mittel an die Hand, je nachdem die fungösen Tumoren Folgen sind von Parasiten, Syphilis, Lupus u. s. w. Im Werke von Tilbury Fox und Farquhar empfiehlt Dr. Imray Sulphur und Supertartras Potassae im Stadium incrementi und im weiteren Verlaufe gibt er Mercur in Verbindung mit Decoct. Sarsaparillae, Sassafras oder Mezereum. Bei geschwächten Individuen empfiehlt er neben Mercur noch tonische Mittel zu geben, und applicirt local Solut. acid. carbolici. Dr. Bowerbank dagegen ist für Mercur in allen Stadien. Hier in Indien gebrauchen einige Sulphas cupri in Substanz, andere Pflanzendecocta und wieder andere geben Alaun, die Eingebornen gebrauchen eine Mischung von Sulphas cupri mit Arsenik, doch scheinen sie wenig Erfolg von diesen Mitteln zu erzielen, indem sie zu mir kommen, obwohl sie seit längerer Zeit bereits diese Therapie angewendet hatten.

Ich habe mir die Mühe gegeben, alle diese verschiedenen Methoden anzuwenden und sind die Resultate meiner Beobachtungen folgende:

Sulphas cupri als Pulver oder in Auflösung hat auf die Framboesia-Tuberkel, in welchem Stadium sich dieselben auch

befinden, nicht den geringsten Einfluss. Bei Geschwüren, die in Folge von Verletzungen der Tuberkel entstanden sind, ist feingepulvertes Sulphas cupri am Platze. Bei einigen Tuberkeln habe ich Sulphas Cupri in Substanz der Art angewendet, dass ich eine dynamische Wirkung dabei ausübte. Ich kratzte nämlich die Tuberkel mit den Kupferkrystallen in Substanz. Es folgte zwar schnelle Heilung, jedoch in Folge des Substanzverlustes blieb immer eine Narbe zurück, so dass darum auch diese Heilungsmethode zu verwerfen ist. Sulphas cupri in Verbindung mit Arsenikpulver wirkte ebensowenig als Sulphas cupri allein.

Alaun hatte auch, mit Ausnahme von manchmal an der Fusssohle vorkommenden Geschwüren, die dadurch zurückgingen, nicht die geringste Wirkung. Die Schmerzen bei der Application dieses Mittels sind jedoch so gross, dass ich eine derartige Behandlung mit vollkommener Ueberzeugung eine Marter nennen muss; zumal uns so viele andere Mittel zu Gebote stehen.

Pflanzendecocte haben gar keine Wirkung, nur sieht man wohl bei sehr geschwächten Framboesiekranken nach Gebrauch derselben einige Besserung in der allgemeinen Ernährung; die Krankheit selbst wird durch die Decocta nicht geheilt.

Leberthran wandte ich sowohl innerlich, wie auch äusserlich verschiedene Male an; da die Eingebornen jedoch eine ungeheuere Antipathie gegen dieses Mittel haben, so musste ich dasselbe wieder aufgeben.

Quecksilber in der Form von Ung. mercuriale auf die Tuberkel angewandt, wirkt nicht nur sehr befriedigend, sondern auch sehr schnell, obgleich es geschah, dass die auf diese Weise behandelten Kranken bald zurückkamen mit einer neuen Eruption einzelner Tuberkel. In solchen Fällen nahm ich an, dass der Betreffende bei seiner Entlassung noch nicht geheilt war, obwohl derselbe keine Tuberkel mehr hatte. Aus Anlass einzelner Recidiven entschloss ich mich das Quecksilber innerlich als Protojoduretum hydrarg. zu reichen. Diese Methode konnte ich jedoch nie durchsetzen, da stets sehr bald Salivation folgte. Das schnelle Auftreten des Speichelflusses beim innerlichen Gebrauche von Quecksilber schreibe ich hauptsächlich dem abnormen Zustande, worin sich die Mundhöhlenschleimhaut der Eingebornen stets befindet, zu. Diese Leute

sind gewohnt, sehr reizende Stoffe, worunter das sogenannte Sirie in den Mund zu nehmen. Sirie besteht aus Tabak, Kalk, einer beissenden Flüssigkeit aus einer Schalenfrucht und einigen Arten scharfer Blätter. Dies alles wird gekaut und im Munde gehalten.

Man begreift daher wohl, dass unter solchen Umständen die Schleimhaut des Mundes niemals normal sein kann und dass bei innerlichem Gebrauche von auch nur kleinen Quantitäten Quecksilber Salivation folgen muss. Uebrigens stimme ich mit Sigmund überein, dass nicht der Luftzug und Erkältung, sondern vielmehr Unreinlichkeit des Mundes meistens Veranlassung zum Speichelfluss gibt.

Die beste Behandlung besteht in combinirter Darreichung von Quecksilber und Jodkali.

Auf die Tuberkel wird Mercurialsalbe gelegt, während der Kranke innerlich Jodkali gebraucht, beginnend mit 2 Gramm pro die und nach zwei Tagen je um 1 Gramm steigt. Diese Behandlung vertreibt die Krankheit innerhalb 1—2 Monaten, (selten länger) wozu noch kommt, dass die Eingebornen sehr gut Jodkali vertragen und im Verlaufe an Körpergewicht zunehmen. In Fällen wo die Kranken über ihren ganzen Körper mit Framboesie-Tuberkeln behaftet sind, verordne ich ihnen eine Inunctionskur bei innerlichem Gebrauche von Jodkali.

Jodkali allein wirkt auf die Tuberkel durchaus nicht und nur die Dolores osteocopi werden dadurch vermindert. Uebrigens kann ich als bestes Mittel gegen diese Knochenschmerzen Jodoform in Pillen von 65 Millgr. empfehlen, wovon 3 mal täglich 5 Pillen zu geben sind.

Befinden sich die Tuberkel zwischen den Zehen, Fingern oder im Allgemeinen zwischen 2 Flächen, besonders wo starke Schweissabsonderung besteht, so ist es nöthig diese Stellen mit Merc. Salbe auf englischer Charpie zu isoliren.

Gegen das Fieber vor und nach der Eruption reicht man Chinin. Mit Beseitigung des Fiebers hören auch die Verdauungsstörungen auf.

Ueber die Diät ist wenig zu bemerken, denn, wie bereits gesagt, sind die Framboesiekranken gewöhnlich stark gebaute In-

dividuen, die gut essen und schlafen. Ueberhaupt verursacht ihnen die Krankheit gar keine Beschwerden und sind die betreffenden Personen mit Ausnahme der Hautkrankheit gänzlich gesund und führen denselben Lebenswandel wie gesunde Individuen. Es ist nicht bekannt, dass die Eingebornen durch Gebrauch irgend eines Nahrungsmittels Framboesie bekommen oder die Krankheit dadurch verschlimmert wird.

Samarang 30. December 1880.

Kleinere Mittheilungen.

I.

Bacilla medicamentosa.

Therapeutische Notiz von Dr. **P. Michelson** in Königsberg i/Pr.

Bei der Behandlung von Affectionen der Harnröhre und der Vorsteherdrüse, sowie bei entzündlicher, durch Geschwüre innerhalb des Vorhautsacks bedingter Phimose habe ich in neuerer Zeit vielfach aus reiner Cacaobutter gefertigte Stäbchen mit entsprechenden medicamentösen Zusätzen verwendet und glaube auf Grund der erzielten Resultate diese — im Princip keineswegs neue — Behandlungsmethode empfehlen zu dürfen. — Zum mindesten erscheint mir dieselbe designirt, das vielfach getadelte, aber noch immer geübte Bestreichen der Bougies mit Salben in der Behandlung der chronischen Urethritiden zu verdrängen.

Meine Bacilla wurden von der Apotheke des Herrn Eugen Mielentz hierselbst in ausserordentlich sauberer, genau cylindrischer Form geliefert. Jedes Stäbchen ist 10 Centim. lang und so gearbeitet, dass je 1 Centim. seines Volums eine bestimmte, vorgeschriebene Menge des Medicaments enthält, also beispielsweise: 0,01 Arg. nitric., 0,05 Jodoform; 0,06 Borsäure, 0,05 Jodoform und 0,03 Tannin gemischt; 0,05 Cupr. sulfur.; 0,05 Hydrarg. praecipit. flav.; 0,0005 Jod. pur. und 0,005 Kali jodat. gemischt.

Selbstredend kann auch eine schwächere Dosirung angeordnet werden, während die Herstellung von Stäbchen mit stärkerem medicamentösem Gehalt nur bis zu der Grenze möglich ist, dass für eine zu genügender Festigkeit ausreichende Beimischung von Cacaobutter Raum bleibt.

Auch bei der Bestimmung des Umfanges der Bacilla kann der Verfertiger sich genau nach der ärztlichen Vorschrift richten; für die meisten Zwecke jedoch dürfte ein Kaliber von $4^2/_3$ Millim. Umfang (Nr. 14 des Massstabes für die französischen Katheter und Bougies) passend sein.

Die Glasröhren, in denen die Stäbchen geformt sind, dienen auch zu ihrer Aufbewahrung.

Was die Consistenz der Bacilla anbelangt, so ist ein Abschneiden oder Abbrechen von Stücken in gewünschter Länge leicht möglich, falls man die Glasröhren nicht an einem zu warmen Ort hält. Bei gewöhnlicher Zimmertemperatur bleiben die Stäbchen genügend hart.

In die Harnröhre eingebracht werden unsere Suppositorien sehr leicht und bequem mittelst jedes katheterartigen, vorne offenen und mit einem Conductor versehenen Instrumentes; besser als alle derartig construirten Arzneimittelträger eignen sich dazu die einfachen geraden endoskopischen Tuben.

Zum Versenken eines entsprechend langen Stückes der Bacilla in den phimotischen Präputialsack genügt eine Pincette.

Auch auf anderen Gebieten, besonders in der Gynäkologie und in der Otiatrie dürften die beschriebenen medicamentösen Stäbchen, deren Preis sich übrigens gering stellt [1]), gut verwendbar sein.

II.

An die verehrl. Redaction der Vierteljhrs. f. Dermat. u. Syph. in Wien.

Bei der Excision umfangreicherer syphilitischer Initialsklerosen bediene ich mich seit einiger Zeit einer kleinen Schieber-Pincette, deren Fassenden aus ovalen, auf der Innenseite leicht gerieften Ringen bestehen. Wie wohl ohne Weiteres ersichtlich, lässt sich die Hautstelle, in welcher der Knoten sitzt, mittelst dieser Pincette sehr genau fixiren; die Abtragung erfolgt dann längs des unteren Randes der durch den Schieber geschlossenen Fassenden mit einer entsprechend gekrümmten Cooper'schen Schere.

Die aus vernickeltem Stahl gefertigte Excisions-Pincette ist bei dem Instrumenten-Fabrikanten Hrn. Grunewald, Münzstrasse 10 u. 11 hierselbst zum Preise von 7 Mark 50 Pf. käuflich.

In besonderer Hochachtung

Königsberg i/Pr. März 1881. Dr. P. Michelson.

---

[1]) 50—75 Pfenn. pr. Stück incl. Glasröhre.

III.

Ueber Meningealirritation bei beginnender Syphilis.

(Nach einem im Innsbrucker naturw.-med. Vereine am 7. Februar 1881 gehaltenen Vortrage des Prof. **Eduard Lang.**)

Der Vortragende recapitulirte zuerst im Auszuge den Inhalt seines in der Wiener med. Wochenschrift 1880 erschienenen Aufsatzes: „Ueber die Häufigkeit und Frühzeitigkeit der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems und über Meningealirritation bei beginnender Syphilis“ und sagte dann weiter: Seit jener Zeit seien auf seiner Klinik noch weitere fünf Fälle vorgekommen, die hieher gerechnet werden dürfen.

Bei diesen Meningealirritationen waren Schmerzen entweder über den ganzen Schädel ausgebreitet, oder sie occupirten nur Stirne oder Hinterhaupt; manchesmal war es ein schmerzhafter Bogen, der von einem Ohr zum anderen vertical über den Scheitel zog, oder der Pat. gab die Empfindung einer Einschnürung des Kopfes in horizontaler Richtung an; einmal traten die Schmerzen unter dem Bilde einer Occipitalneuralgie auf; daneben waren Schwindel, selten Brechreiz, Appetitlosigkeit und Gemüthsverstimmung vorhanden. Diese Zustände dauerten gewöhnlich nur kürzere Zeit an und machten (besonders nach einigen Inunctionen) sehr bald dem früheren Wohlbehagen Platz; nur in einem unter dem Bilde der Occipitalneuralgie erkrankten Falle (dem 5. bei Herrn Prof. Schnabel s. unten) boten die Reizungserscheinungen einen hartnäckigeren Charakter dar.

Im Verlaufe dieser Beobachtungen erschien es Prof. Lang von grosser Wichtigkeit, auch die Zustände des Augenhintergrundes bei beginnender Syphilis kennen zu lernen. Herr Prof. Schnabel hat nun auf die Bitte des Vortragenden hin sämmtliche in Betracht kommenden Kranken ophthalmoskopirt und dabei gefunden, dass Netzhautreizung verschiedener Intensität und entzündliche Processe in der Retina oder Chorioidea oder in beiden zusammen ziemlich häufig sich constatiren liessen, obwohl von Seite der Kranken nie eine Klage über ihre Augen vorlag. (S. den weiter unten angefügten Vortrag des Herrn Prof. Schnabel.)

Stellt man die Fälle von Meningealirritation mit denen, die Reizungserscheinungen oder entzündliche Processe im Augenhinter-

grunde dargeboten haben, zusammen, so ergeben sich folgende Verhältnisse: sechs mit Meningealirritation behaftete Kranke zeigten die Zeichen einer mitunter sehr erheblichen Alteration des Augenhintergrundes; bei zweien bestand Meningealirritation neben normalem Augenbefunde und in sechs Fällen (die übrigens je nach der subjectiven Differentiirung des Ophthalmoskopikers zwischen Reizung und Entzündung auf acht oder mehr ansteigen) waren Störungen mit dem Ophthalmoskop festzustellen, ohne dass gleichzeitig oder im weiteren Verlaufe Zeichen von Meningealirritation aufgetreten wären.

Prof. Lang hält zwar die bis nun vorliegenden Beobachtungen noch keineswegs für ausreichend, um die Augenspiegelbefunde für die Meningealirritation bei beginnender Syphilis zu verwerthen; glaubt aber doch, falls sich später die Zusammengehörigkeit dieser beiden Processe, sei es aus ätiologischen oder anderen Gründen herausstellen sollte, darauf aufmerksam machen zu sollen, dass Veränderungen im Augenhintergrunde, selbst wenn gar keine subjectiven Störungen vorliegen, sehr leicht festzustellen sind — was von etwa vorhandenen Veränderungen innerhalb der Schädelhöhle begreiflicher Weise nicht behauptet werden kann. Wenn daher Leute mit beginnender Syphilis ausnahmslos — wie es in der letzten Zeit hier geschehen ist — untersucht werden, so kann auch nicht ein Fall von Retinalreizung entgehen; anders ist es bei den Meningealirritationen: hier muss man objectiver Symptome zumeist entrathen und die subjectiven Symptome sind oft nur wenig ausgesprochen. Wird somit eine Reihe von Fällen sowohl in Bezug auf Meningealirritation, als auf Netzhautreizung einer Beobachtung unterzogen, so kann man getrost annehmen, dass von den Retinalreizungen das Maximum, von den Meningealirritationen hingegen nur das Minimum der wirklich vorhandenen Fälle zu eruiren ist.

Ferner weist der Vortragende noch darauf hin, dass an der Haut und den sichtbaren Schleimhäuten, wo Veränderungen dem aufmerksamen Beobachter nicht leicht entgehen, die bei beginnender Syphilis sich zeigenden Irritationsvorgänge eine wechselnde Localisation mitunter ebenfalls erkennen lassen.

Am allerwichtigsten erscheinen aber dem Vortragenden die erwähnten Augenspiegelbefunde für die Meningealirritation aus

dem Grunde, weil sie auf nachfolgende Frage eine beruhigende Antwort — wenn auch indirect — ertheilen: Ist es denkbar, dass sehr geringe meningitische Zustände oder Hirnhaut-Hyperämien, die an Entzündung grenzen, — denn das ist es ja, was man sich unter Meningealirritation vorzustellen hat — vorhanden sein können, ohne dass es zu erheblicheren Störungen kommen sollte, als die bereits erwähnten? dass also Reizungszustände in den Hüllen des centralen Nervensystems (oder in diesem selbst) von ganz untergeordneten, ja selbst gar keinen Functionsbehinderungen begleitet sein sollten? denn es zeigte der Puls keine auffallende Aenderung, die Temperatur war nur einigemal etwas erhöht, Lähmungen bestanden nur zweimal und auch da nur durch sehr kurze Zeit etc. Da lehrt nun das Ophthalmoskop, dass Reizungszustände einer nervösen Substanz oder ihrer Hülle von subjectiven Störungen nicht unbedingt begleitet sein müssen; denn Individuen, die objectiv so hochgesteigerte Netzhautreizungen darbieten, dass dieselben von Retinitiden, die gemeinhin vollkommene Aufhebung der Sehfunction nach sich zu ziehen pflegen, nicht zu unterscheiden sind, haben oft genug nicht die mindeste Klage über ihr Sehorgan vorzubringen. — Die Beobachtung von Meningealirritation mit nur schwach ausgeprägten Symptomen kann somit nicht mehr auffallend erscheinen.

Prof. Lang knüpfte an diese Mittheilung noch folgende Betrachtung: — An und für sich hat man es hier mit Veränderungen zu thun, die nur sehr selten einen gefährlichen Verlauf nehmen (wie der in der Wiener med. Wochenschrift 1880 vom Vortragenden citirte Fall Griesinger's) und die somit für den ersten Anblick ziemlich belanglos zu sein scheinen; von ganz anderer Bedeutung jedoch erscheinen die Irritationserscheinungen, wenn dieselben im Zusammenhange mit dem durch viele Jahre sich hinschleppenden Syphilisprocesse ins Auge gefasst werden. Der Vortragende weist darauf hin, dass er auf Grund der klinischen Erfahrung schon im Jahre 1871 (Habilitationsvorlesung) dahin gelangt sei, in dem syphilitischen Contagium ein Organisma, ein Contagium animatum anzuerkennen, das im menschlichen Körper rasche Vervielfältigung erfährt. Durch den Blutstrom wird das vervielfältigte Contagium in sämmtliche Gewebe verführt, wo es nur selten schwere Störungen bedingt (irritative Zustände); das im

Blute circulirende und in den Geweben deponirte Organisma verliert mit der Zeit die Eigenschaft, in anderen (gesunden) Individuen fortzukommen und sich daselbst zu vermehren; höchstwahrscheinlich geht es später seiner grössten Masse nach zu Grunde; nur ein Rest bleibt in den Geweben in ruhendem Zustande liegen und macht sich dadurch bemerkbar, dass bei irgend einer Veranlassung durch Propagation des in seinen Charakteren nunmehr wesentlich veränderten Organisma Neubildungen in loco angeregt werden, die die syphilitischen Spätformen repräsentiren und die durch ihr bogenförmiges Umsichgreifen auf die Vermehrungsfähigkeit des Organismus im Wirthe schliessen lassen. (Einer ähnlichen Anschauung neigen sich unter Anderen auch Diday und Doyon zu.)

Nach dem eben Erörterten wären somit die im späteren Verlaufe auftretenden syphilitischen Produkte irgend eines Organes als pathologische Veränderungen aufzufassen, welche durch in diesem Organe zurückgebliebene Residuen des mit der Zeit veränderten Contagium animatum auf irgend eine Veranlassung hin angefacht worden sind; mit anderen Worten: Ein Organ, das gummatös erkrankt, muss in der Frühperiode der Syphilis schon irritativ erkrankt gewesen sein. Speciell auf die gummatöse Erkrankung des Nervensystems bezogen, ist es für die vorgetragene Anschauung von grosser Wichtigkeit, wenn dargethan wird, dass das Nervensystem schon im Beginne der Syphilis Irritationserscheinungen darbietet.

Auch Hutchinson vertritt die Ansicht, dass das syphilitische Contagium vermittelst des Blutstromes in sämmtliche Gewebe gelange; nur stellt er sich vor, dass es dann zu Grunde gehe. Bevor jedoch das Contagium getilgt erscheint, hat dasselbe seiner Vorstellung zufolge, nachdem es mit dem Blute alle Gewebe durchkreist, die letzteren derart verändert, dass äussere Einflüsse noch nach Jahren zu krankhaften Vorgängen von sogenanntem gummatösen Charakter führen können. Nach Hutchinson ist somit die Syphilis mit ihren Frühsymptomen abgeschlossen und die späteren Erkrankungsformen wären als Nachkrankheiten aufzufassen, wie sie auch nach acuten Exanthemen wahrgenommen werden.

Herr Prof. Schnabel hat die Resultate der auf Ansuchen des Prof. Lang vorgenommenen ophthalmoskopischen Untersuchungen in einem im selben Vereine gehaltenen Vortrage (24. Januar 1881) folgendermassen skizzirt:

Schn. untersuchte eine Reihe von Kranken, die grösstentheils wegen frischer Sklerosen auf der syphilitischen Klinik in Behandlung standen. Genau und wiederholt wurden 40 Syphilitische untersucht, von denen 31 im Alter von 17—30, 9 im Alter von 30—40 Jahren standen. Unter ihnen befand sich nicht ein einziger, der über seine Augen zu klagen hatte und doch war nur bei 19 der Augengrund vollkommen normal. Bei 14 von den übrigen 21 Kranken constatirte S. Netzhautreizung verschiedenen Grades und bei 7 entzündliche Processe in der Netz- oder Aderhaut oder in beiden Membranen.

Mit dem Namen „Reizung der Netzhaut" belegt der Vortragende, dem Beispiele v. Jäger's folgend, „einen Vorgang, welchen Andere theils als Hyperämie, als Congestion bezeichnen, theils für das erste Stadium der Entzündung ansehen" und welcher sich „durch eine unterschiedlich intensive Röthung der einzelnen Gewebselemente der Netzhaut und des Sehnervenscheitels, durch eine geringe Zunahme im Querdurchmesser und in der Färbung der venösen Blutsäulen" charakterisirt [1]).

Niedrige Grade von Netzhautreizung lassen sich sehr schwer mit aller Bestimmtheit als abnorme Befunde erkennen und der Vortragende zählte daher jene Fälle, in welchen Zweifel über die Deutung des Befundes aufkommen konnten, zu den normalen. Auf der anderen Seite ist das Bild hochgradiger Netzhautreizung dem Bilde der diffusen Netzhautentzündung so ähnlich, dass es unmöglich ist, die beiden Zustände blos gestützt auf die Augenspiegelbefunde auseinander zu halten. In 4 von den 14 Fällen von Netzhautreizung war die Röthung des Sehnervenkopfes, die Deckung der Papillengrenzen, die Durchsichtigkeitsabnahme der Netzhaut und die Verbreiterung der venösen Blutsäulen eine so ausgesprochene, dass der Vortragende sich blos durch den vollständigen

[1]) v. Jäger, Ergebnisse der Untersuchungen mit dem Augenspiegel. pag. 113.

Mangel jeder Sehstörung bestimmen liess, Reizung und nicht Entzündung der Netzhaut zu diagnosticiren. Im Laufe der Untersuchung stellte sich aber die Werthlosigkeit dieses Merkmals heraus, da es sich zeigte, dass auch bei ganz unzweifelhafter Retinitis Sehstörungen fehlen oder doch sehr geringfügiger Art sein können.

Netzhautreizung ist nach v. Jäger ein überaus häufiger Befund, da nicht nur „das Ueberschreiten der Leistungsfähigkeit der Netzhaut durch eine absolut oder relativ zu grosse Functionsdauer," sondern auch die „Entwicklung und der Verlauf verschiedener krankhafter Vorgänge, die unter Reizungs- oder Entzündungserscheinungen in mehr oder weniger entfernten Geweben und Organen auftreten", Netzhautreizung hervorrufen [1]). Man darf daher den genannten Befund in einem Syphilitischen durchaus nicht ohneweiters als Folge der Allgemeinerkrankung ansehen und es ist sehr wohl möglich, dass die Netzhautreizung bei Einzelnen unter den 14 Syphilitischen, bei welchen S. sie constatirt hat, schon vor der Infection bestanden oder nach der Infection, doch ohne allen Zusammenhang mit derselben zu Stande gekommen. Indessen hält es S. für vollkommen gerechtfertigt anzunehmen, dass die Netzhautanomalie bei einigen der untersuchten Kranken durch die Syphilis verursacht gewesen. Dafür spricht vor Allem der Umstand, dass mehr als ein Drittel der untersuchten Syphilitischen mit Netzhautreizung behaftet gewesen und dass bei ihnen weder von einer Ueberanstrengung der Augen die Rede sein konnte, noch auch einer jener Krankheitsprocesse nachweisbar war, welche nach v. Jäger Netzhautreizung hervorzurufen pflegen. Der Vortragende sah auch bei Einzelnen, dass sich die Reizung in den bei früheren Untersuchungen normal gefundenen Augen während des Bestandes des syphilitischen Processes bald ein- bald beiderseitig entwickelte, dass Netzhautentzündung nach längerem Bestande stetig zunehmender beiderseitiger Reizung in einem Auge auftrat, während in dem anderen Auge desselben Individuums die Reizung sich als solche weiter erhielt, dass weiters die Netzhautentzündung sich allmälig wieder zu dem Erscheinungscomplexe der Reizung zurückbildete.

---

[1]) v. Jäger l. c. p. 121 u. 125.

Die Fälle, in welchen entzündliche Veränderungen der inneren Augenhäute gefunden wurden, bedürfen einer etwas genaueren Beschreibung. Es sind die folgenden:

1. W. Nothburga, 24 J. alt, wurde am 15. Mai 1880 mit einer Sklerose in der rechten grossen Schamlippe, Schwellung der Leistendrüsen und der seitlichen Halsdrüsen auf die syphilitische Klinik aufgenommen. 16. Mai. Erste ophthalmoskopische Untersuchung ergibt beiderseits normalen Augengrund, H, S 6/VI. Schweigger Ziffern. — 22. Mai. Beiderseits sehr geringe Netzhautreizung. — 4. Juli. Nachdem durch 5 Tage ungemein heftige Kopfschmerzen und zeitweiliges Doppeltsehen bestanden hatten, zeigte sich im linken Auge ein weisser, hell glänzender Ring von etwa $^1/_6$ Papillenbreite, der die Papille wie ein niedriger Wall umgab. Die Grenzen der gerötheten Papille waren von radiären Streifen, die sich in dem erwähnten Ringe verloren, gedeckt. Die Netzhautvenen waren etwas breiter als normal. Die associirten Bewegungen der Augen waren ganz normal; Convergenzstellungen konnten bald nur sehr mangelhaft eingeleitet werden. — 5. Juli. Der Wall um die Papille hatte seinen Glanz verloren und war durch Trübung und leichte Schwellung der angrenzenden Netzhautpartien breiter und undeutlicher geworden. Die Netzhautvenen waren doppelt so breit als normal. S normal. Die Convergenz für Objecte, welche weiter als 15 Ctm. vom Auge entfernt waren, war möglich und erst bei grösserer Annäherung des Fixirobjectes wich das linke Auge nach aussen ab. Die Kopfschmerzen waren sehr gering geworden. — 7. Juli. Die Netzhaut rings um die Papille war innerhalb einer Zone von etwa einem Papillendurchmesser grau-röthlich getrübt. Nach unten konnte man auf der Papille zarte, gewundene, im normalen Auge nicht sichtbare Gefässchen sehen. S normal. Die Convergenz für Objecte, die weiter als 8 Ctm. vom Gesichte abstanden, möglich. Der linke Augapfel bei Betastung schmerzhaft. — 8. Juli. Ophthalmoskopischer Befund und S unverändert. Lichtsinn beiderseits gleich, normal. — 26. Juli. Infiltration der Netzhaut um die Papille minder dicht. S normal. — 7. August. Abgrenzung der Papille nach aussen und innen wieder sichtbar, Venendurchmesser verkleinert.

2. H. Anna, 38 Jahre alt, am 28. October 1880 mit Sclerosis labii minoris, Papulae humidae ad nates, Adenitis inguin. auf

die syphilitische Klinik aufgenommen. 3 Wochen vorher hatte die Kranke die ersten Spuren des Leidens bemerkt. — 31. Octob. Erste ophthalmoskopische Untersuchung. Beiderseits ganz normaler Befund. — 16. November. Beiderseits erhebliche Netzhautreizung. 3. December. Die grauröthliche getrübte Papille des rechten Auges so geschwollen, dass die Refractionsdifferenz zwischen ihr und ihrer nächsten Umgebung 2 Dioptrieen betrug. Die Gefässe auf der Papille nicht überwallt; die Venen geschlängelt und verbreitert. S $^6/_9$ Schweigger Ziffern, Lichtsinn $^1/_2$. Linkerseits hoher Grad von Netzhautreizung S $^6/_6$ nahezu, Lichtsinn 1. Beide Gesichtsfelder normal. — 10. December. Rechts: die Papille nicht mehr geschwollen, aber trüber. Die Netzhaut um die Papille auch erheblich getrübt. Links: Reizung höchsten Grades. Functionen beider Augen wie am 5. December. — 11. December. S beiderseits gleich zwischen $^6/_9$ und $^6/_6$. Lichtsinn beiderseits < 1. — 19. December. Die Trübung der rechten Papille abgenommen. — 1. Jänner 1881. Ophthalmoskopischer Befund wie am 19. Decemb. Functionen wie am 11. December.

3. B. Maria, 24 Jahre alt, wurde am 19. December 1880 auf die syphilitische Klinik aufgenommen. Initialmanifestation nicht erkennbar. Papul. humidae ad genital. et ad anum, Exanthema maculo-papulos. Röthung und Schwellung des Zahnfleisches entsprechend den Schneidezähnen, mässige Röthung des Velum und der Uvula, beiderseitige Schwellung der Submaxillar- und seitlichen Halsdrüsen. Ueber die Dauer des Leidens wusste die Kranke nichts anzugeben. 21. December. Erste ophthalmoskopische Untersuchung ergab einen so geringen Grad von Netzhautreizung, dass die Bedeutung des Befundes fraglich blieb. 11. Januar 1881. Rechts erhebliche Netzhautreizung. Links Befund wie am 21. December. 21. Januar. Rechts Retinitis diffusa circa papillam. 3 Papillendurchmesser nach innen von der Papille ein strohgelber, rundlicher Fleck von dem Durchmesser einer stärkeren Netzhautvene. S $^8/_6$ Sn. Zeichen. Lichtsinn < 1. Links ophthalmoskopischer Befund, wie am 21. December. S $^9/_6$ Sn. Zeichen. Lichtsinn < 1.

4. W. Josefa, 29 Jahre alt, wurde am 14. Januar 1881 7 Wochen, nachdem sie die Erkrankung bemerkt hatte, mit einer Sklerose in der rechten kleinen Schamlippe, Papeln an den grossen Schamlippen, sehr verbreitetem papulösem Exanthem und bedeu-

tender Schwellung der seitlichen Halsdrüsen auf die syphilitische Klinik aufgenommen. 18. Januar. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergibt rechts starke Röthung der Papille, weissgraue Netzhauttrübung in der Ausdehnung von 4—5 Papillendurchmessern um die Papille. Etwa 7—8 Papillendurchmessser oberhalb der Papille gürtelförmig angeordnet mehrere Gruppen von sehr zahlreichen kleinen weissen Fleckchen und spärlichen schwarzen Pünktchen. Links bestand ein sehr hoher Grad von Netzhautreizung mit nebelähnlicher weisslicher Trübung in der Nachbarschaft der Papille. S jederseits $^6/_9$ unvollständig. Lichtsinn rechts $^9/_{16}$, links < 1.

5. D. Julius, 27 Jahre alt, wurde am 13. December 1880 sechs Wochen, nachdem er die ersten Spuren der drei Tage nach einem Coitus aufgetretenen Erkrankung bemerkt hatte, mit einer Sklerose am Präputium, Schwellung der Leistendrüsen und Ulcerationen an der linken Tonsille und der hinteren Rachenwand auf die syphilitische Klinik aufgenommen. Am 16. December ergab die ophthalmoskopische Untersuchung beiderseits Netzhautreizung und ungemein zahlreiche entfärbte Stellen im Augengrunde, die ungefähr im Abstande von 2 Papillendurchmessern von der Papillengrenze begannen und sich bis an die Grenze des mit dem Augenspiegel sichtbaren Gebietes erstreckten. Die Grösse der Flecke variirte von Stecknadelkopf- bis Papillengrösse und darüber. Die Form der Flecke war sehr mannigfaltig, die Begrenzung derselben unregelmässig aber immer scharf und nie durch Pigmentanhäufungen, sondern durch das Aufhören der normalen Körnung des Grundes markirt. Pigmentneubildung fand sich innerhalb der meist weisslichgrauen entfärbten Stellen nur selten, dagegen aber ziemlich häufig verschieden geformte Inseln normal gefärbten und gekörnten Grundes. Die Sehschärfe, das Gesichtsfeld, der Licht- und Farbensinn erwiesen sich jederseits bei oft wiederholten Untersuchungen als ganz normal. Die S. zeigte sich sogar am 23. Januar, rechts gleich $^{7.5}/_6$, links $^8/_6$. Während der Zeit der Beobachtung liess sich keinerlei Veränderung des Befundes beobachten.

6. L . . . . . Josef, 22 Jahre alt, hatte im Mai 1878 einen brandigen Schanker, im October 1878 und im Sommer 1879 Papeln am After, im Mai 1880 Papeln in der Mundhöhle und eine Sklerose an der Unterlippe. Im Mai 1880 wurde er ophthalmoskopisch

untersucht, weil er sich darüber beklagte, dass er beim Schiessen vor dem rechten Auge einen kleinen dunkeln Fleck sehe. Als Grund der Sehstörung wurde eine kleine scheibenförmige hintere Polarcataracta erkannt, die zweifellos angeboren war und sich erst dann bemerkbar gemacht hatte, als der Kranke beim Zielen das linke Auge schloss und bei verengerter rechter Lidspalte visirte. Beiderseits bestand Netzhautreizung. Rechts etwa 5 Papillendurchmesser nach aussen von der Papille ein äquatorial gestellter, unregelmässiger, lichtgelber Fleck ohne Pigmentrand, dessen grösster Durchmesser etwa $1^1/_2$ Papillendurchmesser betrug und der einen elliptischen kohlschwarzen Fleck einschloss, welcher selbst wieder von einzelnen weissen Fleckchen durchbrochen war. Die Sehschärfe dieses Auges war nahezu $^6/_6$, die des linken $^6/_6$ voll. Der Lichtsinn war beiderseits auf $^1/_4$ herabgesetzt. Fast 7 Monate nach der ersten Untersuchung war der Befund noch unverändert.

7. P. Georg, 24 Jahre alt, am 15. Januar 1881 mit einer Sklerose am Präputium und mit beiderseitiger bedeutender Schwellung der Lymphdrüsen auf die syphilitische Klinik aufgenommen. Am 1. Januar hatte er zuerst die Erkrankung bemerkt. Vierzehn Monate früher hatte er einen angeblich weichen Schanker. 19. Januar. Beiderseits erhebliche Netzhautreizung. Rechts 5—6 Papillendurchmesser aussen und oben von der Papille: 1. ein isolirter hanfkorngrosser weisser Fleck ohne Pigmenteinsäumung; 2. eine dreieckige entfärbte Stelle mit kohlschwarzen Pigmentfleckchen; 3. ein schwarzer Pigmentfleck von Papillengrösse mit einem kleinen hellen Fleckchen in der Mitte. Ein kurzes Stück einer diesem Flecke benachbarten Netzhautarterie war von Pigment eingescheidet. S des rechten Auges $^6/_{12}$, die des linken $^6/_6$. Der Lichtsinn jederseits < 1.

In keinem der beschriebenen Fälle von entzündlichen Veränderungen im Augengrunde bestand im Glaskörper irgend eine Anomalie. Nur bei dem 6. Falle war seit der Erwerbung der Syphilis bis zur opthalmoskopischen Untersuchung ein längerer Zeitraum verflossen; bei allen anderen wurde kurz nach dem Auftreten der Syphilis ophthalmoskopirt, so dass von ihnen bestimmt ausgesagt werden kann, dass die Retinal- beziehungsweise Chorioidealaffection in der frühesten Periode der Syphilis constatirt wurde.

Aus den mitgetheilten Beobachtungen ergeben sich Schlüsse betreffend die Häufigkeit der inneren Augenerkrankungen Syphilitischer, den Zeitpunkt ihres Auftretens während des Verlaufes der Syphilis, die Gestaltung des ophthalmoskopischen Bildes und die Art der begleitenden Sehstörung, welche wesentlich von den zur Zeit geltenden Anschauungen abweichen. Die Verschiedenheit der Resultate erklärt sich aus der Verschiedenheit des Beobachtungsmateriales. Mit Ausnahme von Bull untersuchten bisher Alle, welche Mittheilungen über Retinitis und Chorioiditis syphilitica gemacht haben, an Syphilitikern der Augenkliniken, während ich solche Syphilitische untersuchte, die ihre Augen für ganz gesund hielten, Bull's Resultate stimmen in den wichtigsten Punkten mit den meinen überein. Dieser Autor, der die Unterscheidung zwischen Netzhautreizung und Netzhautentzündung nicht machte, fand unter 200 Syphilitischen 100 mit Retinitis behaftete und sah mehrere Male Retinitis als das erste Symptom constitutioneller Syphilis [1]).

Da die Zahl der Syphilitischen, die wegen Sehstörungen auf den Augenkliniken Hilfe suchen, viel kleiner ist, als die Zahl derjenigen, bei denen entzündliche Veränderungen des Augengrundes während früher Stadien der Syphilis gefunden werden, so muss ein grosser Theil der früh auftretenden Processe ablaufen, ohne sich jemals durch ernste Störungen bemerkbar zu machen. Es bleibt eine offene Frage, ob die nach jahrelangem Bestande der Syphilis auch für den Kranken erkennbar werdende Erkrankung der inneren Membranen erst so spät in einem bis dahin völlig gesunden Auge aufgetreten, oder ob sie nur ein fortgeschrittenes Stadium einer schon seit Jahren bestehenden Erkrankung darstellt.

Zusatz bei der Drucklegung dieses Referates.

In Fall 2 liess sich am 26. Januar innen unten von der Papille, 6 Papillendurchmesser von ihr entfernt ein rundlicher hellgelber Fleck von der Grösse des Durchmessers einer starken Netzhautvene constatiren, welcher am 15. Februar 1881 noch unverändert bestand. Um diese Zeit waren die Erscheinungen der Neuritis fast geschwunden.

---

[1]) Nagel's Jahresbericht für 1871 p. 285.

In Fall 3 war am 15. Februar 1881 die Retinitis geschwunden und rechts wie links bestand Netzhautreizung.

In Fall 4 war am 6. März 1881 die Netzhauttrübung schon sehr geringfügig. Dagegen waren auch unten im Abstande von etwa 7 Papillendurchmessern von der Papille ähnliche lichte Fleckchen aufgetreten, wie sie schon am 18. Januar oben gefunden wurden. Ueberdies zeigte sich im hinteren Theile des Glaskörpers eine wenig bewegliche Trübung von der Grösse und Form eines Hanfkorns.

Bei einer der 19 Kranken, bei denen der Augengrund zur Zeit des Vortrages normal war, fand sich am 30. Januar 1881 ein kohlschwarzer Pigmentfleck vom Durchmesser einer mittelstarken Netzhautarterie, 2,5 Papillendurchmesser unterhalb der Papille. Dieser Fleck war am 6. März noch unverändert und vereinzelt.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Dermatologie.

Anatomie, Physiologie, allg. Pathologie und Therapie der Haut.

1. **Krause.** Die Nervenendigung innerhalb der terminalen Körperchen. (Arch. f. mikr. Anatomie. Bd. 19, p. 53, 1881.)
2. **Flemming.** Zur Kenntniss der sensiblen Nervenendigung, nach Arbeiten Ernst Fischer's (†) mitgetheilt. (Arch. f. mikr. Anat. Bd. 19, p. 513, 1881.)
3. **Merkel.** Bemerkungen zu Herrn Krause's Aufsatz über „die Nervenendigungen innerhalb der terminalen Körperchen". (Arch. f. mikr. Anatomie. Bd. 19, p. 523, 1881.)
4. **Renaut.** Aus den „Vorlesungen über allgemeine Anatomie der Haut". (Annales de Dermat. et de Syph. p. 202, 1881.)
5. **Tourton.** Ueber die Reaction des Schweisses. (Thèse de Lyon 1879.)
6. **Bouveret.** Ueber krankhafte Schweisse. (Thèse de Paris 1880.)

Einer sehr ausführlichen Arbeit Krause's über sämmtliche Modificationen der Nervenendapparate in der Haut der Thiere (1) entnehmen wir folgende Sätze, welche für die Anatomie der beim Menschen vorkommenden Terminalkörperchen von Wichtigkeit sind. Von den 13 bis jetzt bestimmt charakterisirten Formen derselben finden sich beim Menschen ausser den Vater'schen Körperchen und Meissner'schen Tastkörperchen nach Krause kuglige Endkolben, Gelenknervenkörperchen und Genitalnervenkörperchen.

Vater'sche Körperchen. Die Ansicht von Key und Retzius, nach welcher das äussere Lamellensystem nicht aus einfachen Lamellen bestehen soll, sondern aus einen Binnenraum einschliessenden Doppellamellen, wird von K. für irrig erklärt; ebenso die Ansicht von Engelmann, welcher mit Leydig und Kölliker die Innenkolben für nervös erklärt. K. hat gezeigt, dass nach Nervendurchschneidung nur die Terminalfaser fettig entartet. Der Innenkolben besteht auch nicht aus Nervenmark, wie Lavdowsky behauptet hat, sondern aus

„Kolbenzellen", platten, halbkreisförmig gebogenen, kernhaltigen Zellen. K. bestätigt somit im Wesentlichen die Ansicht Merkel's über den Innenkolben. Die Terminalfasern mit ihrer knopfförmigen Endanschwellung sind feinfibrillär und zugleich feinkörnig. In der Endanschwellung endigen die marklosen Nervenfibrillen mit je einer oder mehreren kolbenförmigen Verdickungen: Terminalnoduli.

Kuglige Endkolben der Conjunctiva. Der Name „Tastkörperchen" für diese (Merkel) ist nach K. weder physiologisch noch morphologisch gerechtfertigt, da dieselben nie die für die Meissner'schen Tastkörperchen charakteristische Querstreifung besitzen. K. empfiehlt zu ihrer Untersuchung die 3%ige Essigsäure. Sie bestehen aus einer Bindegewebshülle, einem kugligen Innenkolben und einer oder mehreren darin knopfförmig endenden Terminalfasern. Auch hier bestehe der Innenkolben wahrscheinlich aus Zellen. In Betreff der Häufigkeit der Endkolben sind nicht, wie fälschlich angenommen wird, einige Theile der Conjunctiva bevorzugt. Sie sind vielmehr gruppenweise aber gleichmässig über die ganze Bindehaut vertheilt.

Genitalnervenkörperchen sind von K. zuerst beim Menschen auf der Glans clitoridis und penis beschrieben worden. Sie zeichnen sich durch ihre relative Grösse, eine sehr dicke, starke Kapsel und Einschnürungen aus, welche den Körperchen eine sehr unregelmässige (bohnenförmige, maulbeerförmige) Gestalt verleihen. Die Behauptung Merkel's, dass die Terminalfasern hier in Ganglienzellen enden, weist K. als ganz irrthümlich zurück, ohne sich jedoch selbst über deren wirkliche Endigung deutlich auszusprechen. Nach K. dienen diese Endorgane speciell dem Wollustgefühl.

Gelenknervenkörperchen finden sich beim Menschen an den Fingergelenken und schliessen sich zunächst an die kugligen Endkolben an. Sie sind ziemlich gross, abgeplattet und lassen zahlreiche doppelcontourirte Nervenfasern eintreten.

Tastkörperchen. Sie finden sich, ausser an der Hohlhand und der Fusssohle, am freien Rand der Augenlider, an der männlichen und weiblichen Brustwarze, in der Schleimhaut des rothen Lippenrandes und der Clitoris, sowie in der Haut der Volarfläche des Vorderarmes. Die Merkel'schen „Tastkörperchen" am Unterschenkel, Gaumen und der kleinen Labie sind nach K. Endkolben. Die Tastkörperchen der Hohlhand liegen stets im Gipfel der Papille und nie liegt hier neben dem Tastkörperchen noch ein Blutgefäss, selten aller-

dings in der Basis solcher Papillen. Was die feinere Zusammensetzung der Körperchen betrifft, so schliesst sich K. jetzt den übrigen neueren Autoren (Key und Retzius, Langerhans, Merkel) an, indem er den sogenannten Innenkolben aus Zellen zusammengesetzt sein lässt. Dieselben nennt er Kolbenzellen und führt auf die Kanten derselben, welche im Allgemeinen quer zur Längsachse des Körperchens stehen, die bekannte Querstreifung des letzteren zurück. (S. Flemming w. u.) Auch die Querscheidewände, welche die Kolbenzellen zu umschliessen scheinen und nach anderen Autoren wirklich von einander trennen (Merkel), sind nach K. Profilansichten der Zellenkanten selbst. Die Zellen werden von einem sparsamen, schwächer lichtbrechenden Kitt zusammengehalten. Sie sind ganz platt mit Ausnahme ihres, gegen die Bindegewebshülle des Körperchens gerichteten, verdickten Endes, welches den länglich ellipsoidischen Kern enthält; sie sind geldrollenartig aufeinander geschichtet; etwa vier solche Rollen neben einander machen das Gerüst eines Körperchens aus. In demselben verlaufen ein oder mehrere doppelt contourirte Nervenfasern, die mit wenigen blassen Terminalfasern auf eine noch nicht völlig aufgeklärte Weise endigen (Terminalscheiben oder -knöpfchen?).

Tastzellen als Endigung sensibler Nervenfasern, wie sie von Leydig bei Wirbellosen beschrieben, von demselben für Wirbelthiere vermuthet und von Merkel an solchen beschrieben sind, existiren nach K. nicht. Mancherlei Täuschungen sind hier unterlaufen. Speciell sollen die in der Fingerbeere und der äusseren Wurzelscheide vorkommenden, eigenthümlich hellen und als Tastzellen angesprochenen Gebilde nach K. mit Flemming'schen Kernfiguren versehene, in Theilung begriffene Stachelzellen sein. (S. den Protest Flemming's w. u.) Nach K. ist die Endigung aller sensiblen Nerven im Princip stets dieselbe: Die Nervenfaser wird blass und endigt mit einem kleinen Köpfchen. Erwähnenswerth ist noch, dass K. die von Ranvier beschriebenen blassen Nervenfasern der Stachelschicht für Lymphwege erklärt. Unna.

Flemming (2) tritt für die Güte der von seinem verstorbenen Schüler Ernst Fischer dargestellten Gold- und Osmiumbilder ein, welche die Nervenvertheilung resp. Endigung in den Meissner'schen Tastkörperchen und innerhalb der Epidermis, besser und vollständiger demonstriren, als dies bisher von irgend einer Seite geschehen sei,

und welche von W. Krause eine summarische und unverdiente Abfertigung erlitten haben. Als Fischer's wesentliches Verdienst stellt F. es hin, dass er die Nervenvertheilung vollständiger und damit in ungeahnter Reichhaltigkeit in Meissner'schen Körperchen darstellte, ferner nachwies, dass an diesen Nervenästen markhaltige Strecken mit marklosen abwechseln, wodurch zum Theil die Querstreifung der Tastkörperchen hervorgebracht werde und endlich bereits die Kerne der ausser den Nervenästen vorhandenen Zellen demonstrirte, (die nach Krause Bindegewebszellen sind, nach Merkel mit Nervenfasern zusammenhängen). Krause gegenüber hebt F. weiter hervor, dass Fischer bereits, wie neuerdings Mojsisovics, Merkel und Ranvier, die von ersterem Autor mit Unrecht bezweifelten intraepithelialen Nervenendausläufer auf das schönste mittelst der Goldmethode nachgewiesen habe und gibt auch hiervon nach Fischer'schen Präparaten zwei prägnante Abbildungen. Unna.

Merkel (3) hebt die Punkte hervor, in welchen die neueste Darstellung Krause's mit der seinen nunmehr übereinstimme. Was den Menschen betrifft, so sei freilich nicht dem Wortlaute aber wohl der Sache nach der sogenannte Innenkolben der Meissner'schen Tastkörperchen, dessen Nichtexistenz von Key und Retzius, Langerhans und Thin bewiesen sei, nun auch von Krause definitiv verlassen. Die nervöse Natur der endständigen Zellen müsse er auch gegen Krause aufrecht halten, (welcher die Nerven überall in Endknöpfchen endigen lässt). Die Auffassung der isolirten Tastzellen als sich theilender Epithelien (nach Krause), ist nach Merkel und Flemming, dem Ersterer Präparate mittheilte, unhaltbar. Unna.

Nach Renaut (4) bestehen die einfachsten Tastkörperchen, wie sie an der Zunge und dem Schnabel der Ente vorkommen, aus zwei zusammengehörigen und gegenseitig abgeplatteten, von einer gemeinsamen Scheide eingehüllten Gerüstzellen, welche zwischen sich die Tastscheibe (Disque tactile: Ranvier) aufnehmen. Zu jedem dieser Tastkörperchen begibt sich ein markhaltiger Nerv, welcher, bei den Gerüstzellen angelangt, das Myelin verliert und dessen Achsencylinder sich weiterhin zur Tastscheibe umgestaltet.

Renaut bestätigt hiermit, im Gegensatz zu Merkel, der eine intracelluläre Endigung der Tastnerven annimmt, die Beobach-

tungen Ranvier's. Er nennt diese einfachsten Tastkörperchen unisegmentär. Das Verhältniss der Nervenendausbreitung zum Gerüste ist genau dasselbe in den weit complicirter gebauten Meissner'schen Tastkörperchen des Menschen und der Säugethiere, soweit diese an unbehaarter Haut bei ihnen vorkommen (Greifschwanz der Affen). Dieselben sind multisegmentär und jedem Segment entspricht ein markhaltiger Endast des zu dem Körperchen ziehenden Nerven. Das Gerüst enthält zwischen den Bindegewebslamellen über einander geschachtelt platte Gerüstzellen mit grossem Kern und einer verschwindenden Menge Protoplasma. Jeder Nervenendast verläuft spiralig um das betreffende Segment, verliert dann, in dasselbe eindringend, sein Mark und verästelt sich baumförmig. Alle einzelnen Nervenfäserchen schwellen zu kleinen Tastscheiben an, welche zwischen den Lamellen gelagert sind, die die Gerüstzellen von einander trennen. Die Nervenendigung ist also auch hier intercellulär.

Zu dem ganz gleichen Ergebniss gelangt Renaut hinsichtlich der Nervenendigung in den Tasthaaren. Die markhaltigen Nerven gelangen hier zwischen den Ringwulst und die homogene Membran, verästeln sich baumförmig in den ersteren und endigen zwischen den Gerüstzellen des ringförmigen Wulstes, indem das Mark plötzlich aufhört und der Achsencylinder bald darauf zu einem kleinen olivenförmigen Knöpfchen anschwillt, das zwischen den Gerüstfasern gelegen und kleiner ist als die es umgebenden Zellen. Einige Nervenäste durchdringen unter Verlust der Markscheide die Membrana vitrea und enden ohne besonderes Endknöpfchen frei zwischen den Zellen des inneren Ringwulstes, der innen der homogenen Membran aufsitzt, Ausser den markhaltigen Nerven gehen auch einige Remak'sche Fasern in den nervösen Apparat ein; die Endigung derselben ist jedoch R. bis jetzt entgangen; zu hüten hat man sich vor einer Verwechslung von einfachen Gerüstfasern mit solchen (Schöbl).

R. reiht an diese anatomische eine physiologische Erörterung über die Wirkungsweise der Tasthaare. An ihren Balg inseriren sich von der Tiefe der Lederhaut aufsteigend, willkürliche Muskeln, welche reichlich mit körnigen, dunkleren Muskelbündeln, denen nach Analogie eine langsamere Contractionswelle zuzuschreiben ist, durchsetzt sind. Ihre Contraction verlängert und verschmälert den Balg, staut das Blut in dem ringförmigen Sinus durch Venencompression und versetzt die soliden Nervenendknospen durch elastische Erection des umgeben-

den Gewebes in die günstigsten Verhältnisse, leise Bewegungen des Haarschafts aufzufassen.

Die Structur der Vater-Pacini'schen Körperchen beschreibt R. in bekannter Weise. Die Scheide besteht aus concentrischen Lamellen, welche nach innen zu immer dichter gelagert sind und von Endothelien innen und aussen bekleidet werden. Der Nerv durchsetzt diese Scheide mit seinem Mark bekleidet und verliert dasselbe erst dort, wo er in den mittleren Hohlraum eintritt. Dieser letztere ist ebenfalls von Endothelien austapezirt und mit einer lymphähnlichen Flüssigkeit erfüllt, in welcher der Nerv, in ein oder in zwei kolbenförmige Enden anschwellend, frei flottirend endigt. Hier sind die Nervenendigungen also nicht von soliden Gerüstsubstanzen umlagert, sondern in einer Flüssigkeit suspendirt..... Unna.

Tourton benutzte zur Prüfung der Reaction des Schweisses (ɔ̃) ein nach Berthelot's Angaben dargestelltes, völlig alkalifreies Lackmuspapier, dessen rothe Modification durch Eintauchen in eine schwache Essigsäurelösung (1 Tropfen auf 200,0 Aq. dest.) erzeugt wurde. Nach einfacher, gründlicher Seifenwaschung wurde das Papier mit reactionsfreiem Wachstuche bedeckt, 5 Minuten der Haut aufgelegt und der Grad der Alkalescenz darauf durch Beurtheilung der blauen Farbe einerseits, andererseits durch eine Art Titrirmethode mittelst verdünnter Pottaschenlösung bei den durch Säure gerötheten Papieren erschlossen. Tourton bestimmte zunächst die Reaction der Talgdrüsen und zwar an den aus den grossen Talgdrüsen des Scrotum ausgedrückten Tropfen und fand sie sauer (entgegen der Ansicht von Andral und Rabuteau). Weiter ergab sich an dem aus den Schweissporen der Hohlhand bei gewöhnlicher und erhöhter Temperatur austretenden Schweisse stets eine saure Reaction (entgegen den Angaben von Trümpy und Luchsinger) Nach forcirtem Schwitzen, durch Hitze allein erzeugt, zeigte sich eine allmälige Abnahme der sauren Reaction, ohne dass diese je ganz verschwand, geschweige der Alkalescenz Platz machte. Dasselbe Resultat zeigte sich nach heissem Trinken und zwar war der Abfall der sauren Reaction viel bedeutender, wenn das Getränk rein wässerig war, als wenn es einen Zusatz von Alkohol enthielt, welcher mithin einen Säure befördernden Einfluss besitzt. Der Pilocarpinschweiss hingegen ist, je abundanter, desto mehr alkalisch. Auf den Händen, welche

unter dem Einflusse von Pilocarpin viel weniger schwitzen wie das Gesicht, bleibt die Reaction fast stets sauer; selten wird sie neutral, nie alkalisch. Bei denjenigen Personen, welche durch Pilocarpin mehr zum Speicheln als zum Schwitzen kommen, ist die Reaction relativ saurer. T. weiss sich diese merkwürdige Wirkung des Pilocarpin nicht anders als durch einen directen Nerveneinfluss auf die Drüsenzellen zu erklären (? Ref., heutzutage wird den Nerven eben Alles aufgebürdet.) In Bezug auf die verschiedenen Körperstellen fand T. keine Unterschiede, ausgenommen die Regionen der Achselhöhle, Inguinalfalte, Vulva, des Scrotums, zwischen den Zehen, indem hier nach sehr gründlicher Reinigung die Reaction stets sehr schwach sauer, für gewöhnlich jedoch neutral oder sogar schwach alkalisch war. Auch die Hohlhand zeigte stets eine weniger saure Reaction. Wahrscheinlich beruht diese Differenz auf einem hier dauernd vorhandenen alkalischen Rückstand des Schweisses, von dem die Fettsäuren abgedunstet sind. (Unverständlich ist der andere Grund Tourtons: dass diese Regionen weniger Schweissdrüsen besässen. Dieselben besitzen bekanntlich relativ viele. Ref.) T. findet den Morgenschweiss constant viel weniger sauer als den Abendschweiss und ist geneigt, diesen Umstand auf die Tags über die Säuerung vermehrenden Factoren der Muskelarbeit und der animalischen Kost zurückzuführen. Rein vegetabilische Kost setzt den Grad der Säure sogar herunter, wie auch Pflanzenfresser einen alkalischen Schweiss besitzen (Claude Bernard). Ein warmes Bad vermindert die Acidität jedoch nur auf $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde; der Achselschweiss ist nach dem Bade sogar saurer als vorher. Ein Vergleich mit den Resultaten Fustier's über die Reaction des Urins ergibt Folgendes: Beide Secrete verlieren an Acidität bei stärkerer Secretion; daher ist der Urin im Sommer saurer als im Winter wegen seiner geringeren Menge, der Schweiss im Winter saurer als im Sommer. Der Harn wie der Schweiss nehmen an Acidität zu gegen Abend, durch die Mahlzeit und durch Muskelarbeit. Ihre Wirkungen auf den Organismus können sich vertreten oder verstärken. Die Reactionen, welche T. bei Kranken anstellte, sind nicht sehr zahlreich, führen ihn jedoch zu demselben Schlusse wie Andral, dass der Schweiss unter pathologischen Verhältnissen nie alkalisch sei. Selbst bei profusen Schweissen zeigte er hier eine erhebliche Acidität und nur in 2 Fällen protrahirten Schwitzens (1 Phthisis, 1 syphilitisches Gehirnleiden) war die Reaction fast neutral. Unna.

Bouveret sucht in einer dankenswerthen Arbeit (6) eine Pathologie des Schweisses in ihren Grundzügen aufzustellen, gestützt auf die neueren physiologischen Arbeiten über die Schweissabsonderung einerseits und die nicht weniger zahlreichen Einzelbeobachtungen über pathologische Schweisse, zum Theile vom Verfasser selbst, auf der anderen Seite. Wir glauben die Arbeit ausführlicher referiren zu sollen.

Das erste Capitel, welches die Anatomie behandelt, enthält keine neuen Daten. Aus der physiologischen Uebersicht ist hervorzuheben, dass B. die Folgen von gehinderter Perspiration nach den bisher vorliegenden Thatsachen auf zwei Momente zurückführt: 1. Die allmälig eintretende CO_2-Vergiftung; 2. auf einen Reflexact ähnlich dem, der durch Hautverbrennung in den Eingeweiden erzeugt wird (nach Brown-Séquard: Magenulcerationen und parenchymatöse Nephritis), die von ihm sogen. Excitation cutanée. Die Asphyxie allein genügt beim Menschen nicht, um ähnliche Resultate hervorzubringen, wie sie bei Thieren durch Firnissung erzeugt werden. Die Frage nach der Reaction des Schweisses hält B. trotz Trümpy und Luchsinger noch für eine offene (gewiss mit Recht, U.).

Nach einer Uebersicht der bekannten Arbeiten über die Schweiss erregenden Nerven, deren Bahnen B. nach seinem Landsmann Vulpian geneigt ist, hauptsächlich in den vorderen Rückenmarkswurzeln und nicht wie Luchsinger und Nawrocki hauptsächlich im Sympathicus zu suchen, kommt derselbe zu dem Schlusse, dass der Schweisserregung zumeist ein Reflexact zu Grunde liegt; gewöhnlich wird derselbe durch Wärme ausgelöst, hin und wieder und besonders in pathologischen Fällen durch Reize, welche die Brust- und Baucheingeweide, die Schleimhäute und den Sympathicus selbst treffen.

Das zweite Capitel beschäftigt sich mit der Schweisssecretion bei Krankheiten des Nervensystems und bringt die hieher gehörigen Beobachtungen in 4 Abtheilungen, je nachdem sie Krankheiten der Cerebrospinalnerven, des Sympathicus, Rückenmarks oder Gehirns betreffen. Bei Neuralgien werden Hautröthungen mit und ohne Schweiss beobachtet, und zwar theils mit dem betreffenden Nervenbezirk zusammenfallend, theils irradiirend. So beobachtete Lépine eine linke Gesichtsneuralgie, in welcher Pilocarpin nicht blos vermehrtes Schwitzen der linken Gesichtshälfte, sondern auch der linken Extremitäten zu Wege brachte. B. nimmt an, dass bei Neuralgien peripheren Ur-

sprungs die „excito-sudoralen Fasern“ des peripheren Nerven, bei solchen centralen Ursprunges die „sudoralen Centren“ selbst gereizt werden. Bei acuter und subacuter Neuritis sind während des Paroxysmus plötzliche Schweisse bei kalter und warmer Haut beobachtet worden (Weir-Mitchell, Debrousse-Latour, Hamilton). Ebenso findet man sie bei der Tetanie. In einem Falle von subacuter Neuritis (Ollivier) der rechten Thoraxhälfte mit halbseitigen Schweissen fanden sich die Nerven in Krebsmassen eingebettet. Séguin konnte bei einer Brachialneuralgie mit Hyperidrosis an den resecirten Nerven eine interstitielle Neuritis constatiren. Bei Paralyse peripherer Nerven findet sich sowohl bleibende Hyperidrosis wie Anidrosis, ohne dass bislang eine Klärung dieser Differenz möglich wäre. Dabei sind die profusen Schweisse häufig excessiv sauer (Bouveret, Schiefferdecker, Weir-Mitchell) eine Reactionsänderung, die B. geneigt ist, auch nervösem Einfluss zuzuschreiben. Strauss hat die Pilocarpininjection als Prüfungsmittel vorgeschlagen, um den peripheren oder centralen Charakter der Paralysen zu erforschen. Er fand nämlich bei den ersteren constant eine Verzögerung des Schweisseintrittes (hin und wieder auch eine Verlängerung der Pilocarpinwirkung), bei den letzteren dagegen war die Schweissfunction der betreffenden Hautstellen vollständig erhalten [1]). Bouveret fand in zwei Fällen von Anästhesie nach chirurgischen Eingriffen ebenfalls eine Herabsetzung der Schweissfunction in diesem Sinne.

So selten bisher bei peripherem Nervenleiden eine Alteration der Schweissabsonderung verzeichnet ist, so häufig bei Sympathicuserkrankungen, jedoch auch hier in doppeltem Sinne der Hyper- und Anidrose. Nach Nicati ist das erste Stadium der Paralyse des Halssympathicus, das der Excitation mit Anidrose, das zweite, das der beginnenden Paralyse, mit Hyperidrose und das dritte, das der completen Paralyse, wieder mit Anidrose vergesellschaftet. Hiernach ist Hyperidrose am häufigsten bei Lähmungen des Sympathicus zu erwarten, während sie meistens Excitationszustände der peripheren Nerven begleitet. Hieher gehört auch die Hyperidrose bei einigen Fällen von Basedow'scher Krankheit und von Migräne.

(1) Ich bemerke an dieser Stelle nebenbei, dass ich eine ungemein starke Verzögerung und Abschwächung der Pilocarpinwirkung an den von Area Celsi befallenen Stellen der Kopfhaut constant bemerke. Ref.)

Noch weniger bestimmt lassen sich die einzelnen, zum grossen Theil von Leyden herstammenden Fälle von Hyper- und Anidrose bei Rückenmarksleiden (Bruch der Wirbelsäule, Myelitis acuta, Paralysis infantilis, Sclerosis diffusa, progressiver Muskelatrophie, Tabes, Tetanus und Tumoren des Rückenmarks) schon jetzt mit Sicherheit auf die wahrscheinliche Ursache der irritativen oder destructiven Läsionen zurückführen. Pathologische Zustände des verlängerten Markes, welche von Alterationen der Schweissfunction begleitet waren, sind noch nicht bekannt.

Reizerscheinungen des Gehirns scheinen nach Experimenten von Vulpian nicht Hyperidrose im Gefolge zu haben, sondern im Gegentheile Depressionszustände desselben, wie ja der Schlaf zum Schwitzen disponirt. Ebenso dürften die Schweisse im comatösen Stadium der acuten und der tuberculösen Meningitis; der Commotion und Contusion des Gehirns, des Hydrocephalus und der Apoplexie zu erklären sein. Es sind in einer Anzahl von Hemiplegien Schweisse beobachtet, welche sich genau auf die paralytischen Extremitäten beschränkten (besonders Adamkiewicz) und zumeist mit Gefässparalyse verbunden waren. B. sieht jedoch zwischen diesen letzteren Erscheinungen keinen nothwendigen Zusammenhang und weist auf den Emotionsschweiss hin, welcher zuweilen von Röthung, jedoch meistens von Erblassen der Haut begleitet ist. Die Schweisse bei Delirium tremens ist B. geneigt, theils auf eine centrale Ursache, theils auf eine directe Alkoholwirkung, theils auf Muskelcontraction zurückzuführen. Auch bei Geisteskranken, bei allgemeiner Paralyse sind profuse Schweisse beobachtet. Die Thatsache, dass die Meningitis ganz besonders zu profusen Schweissen disponirt, macht die Annahme von Adamkiewicz plausibel, dass gewisse Rindencentren auf das Schwitzen von Einfluss seien. Beschränkte Schweisse bei Hysterischen haben schon in älteren Zeiten das Interesse erregt (Sydenham). Der Schweiss im epileptischen Anfall ist einfach zu erklären durch die Krämpfe und die Gehirndepression. Es gibt jedoch auch eine epileptische Aura (petit mal), welche allein in plötzlich hervorbrechendem Schweisse besteht, ohne oder mit etwas Schwindelgefühl. In 3 Fällen cerebraler Hemiplegie (Gille, Lépine) wurde die Schweissfunction nach Strauss'scher Methode untersucht und auf der paralytischen Seite constant vermehrt gefunden, während (s. oben) bei peripheren Lähmungen die Schweissfunction abgeschwächt ist.

B. zieht aus allen pathologischen Thatsachen den Schluss, dass in Bezug auf die Schweisscentren des Rückenmarkes, des verlängerten Markes und des Gehirnes die Facta noch zu spärlich sind, um einen fruchtbaren Vergleich zwischen physiologischen und pathologischen Vorgängen anzustellen, dass jedoch sowohl die Cerebrospinalnerven wie der Sympathicus eine Uebereinstimmung in ihrem Einfluss auf die Schweisserzeugung im normalen und pathologischen Zustande zeigen. Die Hyperidrose erscheint nämlich an eine Erregung der Cerebrospinalnerven oder an eine Paralyse des Sympathicus gebunden.

Im dritten Capitel findet der Leser eine sorgsame Zusammenstellung der localen Schweisse, welche nur zum Theil auf nervösen Einfluss zurückzuführen sein dürften, letzteres insbesondere die Handschweisse. Es ist bemerkenswerth, dass B., auf Hardy und Doyon gestützt, die Fussschweisse nur bei kräftigen, nicht jedoch bei schwächlichen und der Phthise verdächtigen Individuen geheilt wissen will. Locale Beinschweisse sind nach Verneuil oft ein Zeichen tiefliegender Varices. Der Parotidenschweiss ist ein reflectorisch beim Genuss von Speisen in der Ausdehnung der Parotis auf der Wange ausbrechender Schweiss; in allen Fällen geht ein Trauma der Parotis vorher; meist ist die Obliteration des Stenon'schen Ganges nachweisbar. Die Epidrosis facialis ist ebenfalls ein durch Geschmacksempfindung hervorgerufener Reflexact, doch auch bei Sinusthrombose, bei Verstopfung der Nasengänge und anderen Affectionen beobachtet. Einseitige Schweisse sind in der älteren und neueren Literatur in grosser Menge verzeichnet. Die Hyperidrosis ist nach der physiologischen Seite nicht leicht abzustecken, sie ist stets krankhaft, wenn sich die Betreffenden durch sie fortwährende Erkältungen und eine gewisse nervöse Schwäche zuziehen. Die bekanntesten Ursachen sind Rheumatismus und die Menopause. In Bezug auf die Erklärung der localen Schweisse weist B. auf die von Coyne zum Theil nachgewiesenen peripheren Ganglien der Schweissdrüsen als Reflexcentren hin; die unilateralen würden dagegen wahrscheinlich machen, dass die bulbären Centren, auf welche sie wie die universelle Hyperidrosis bezogen werden müssen, jederseits, also doppelt vorhanden sind.

Die Chromidrose, früher viel bezweifelt, ist seit der Untersuchung von Robin und Ordonnez (1863) sicher nachgewiesen, indem diese Forscher das Pigment in einem Falle in den Schweissdrüsen selbst nachwiesen. Robin fand seine Reactionen ähnlich denen

des Cyanurin von Braconnot. Andere Autoren haben bekanntlich die Natur des Pigments auf mannigfache andere Weise erklärt. Auch hier scheint ein Nerveneinfluss unabweisbar.

Die Hämatidrose ist genauer bekannt seit der Arbeit von Parrot (1859). Die eigentlich neuropathische und stets auf kleinere Hautstrecken beschränkte Hämatidrose findet paroxysmenweise statt. Ein solcher Anfall beginnt mit Schmerzen, Röthung und Schwellung der betreffenden Stelle, worauf eine rothe, blutkörperchenhältige Flüssigkeit aus den Schweissporen langsam oder selbst im Strahle austritt. Aehnlich sind reflectorische Hämatidrosen bei Gemüthsbewegungen, Visceralschmerzen, Tetanus. Ganz davon zu trennen sind jedoch die blutigen Schweisse bei Infectionskrankheiten mit hochgradiger Blutdissolution, wie bei der Pest, dem gelben Fieber.

Das vierte Capitel widmet der Verfasser dem bisher noch wenig genau studirten Verhalten der Schweisssecretion in den acuten Krankheiten. Zunächst tritt dieselbe in verschiedener Form je nach den Perioden derselben auf. Die Krise ist durch reichlichen Schweiss ausgezeichnet, hauptsächlich in der Pneumonie, der Cholera, einigen acuten Exanthemen, den Sumpffiebern und gewissen typhoiden Fiebern mit raschem Verlauf. Der kritische Schweiss ist weder colliquativ noch langdauernd, auch nie klebrig, sondern klar und seine Reaction umso saurer, als sie während des Fiebers an Säure eingebüsst hatte. Die Quantität des Urins wird durch ihn nicht merklich verringert. Der kritische Schweiss ist nicht die Ursache, sondern eine Folge der Defervescenz. Er kommt übrigens auch bei nicht fieberhaften Krankheiten vor, so z. B. beim Ende des Paroxysmus bei Convulsionen und visceralen Neuralgien. Der Todesschweiss ist kalt und klebrig in der Agonie von Krankheiten, die sich durch raschen Kräfteverfall auszeichnen, dagegen nicht in solchen, bei welchen die Temperatur bis zum Tode und noch darnach ansteigt. Profuse Schweisse zeichnen auch die Reconvalescenz gewisser Krankheiten, wie der Pneumonie und des Typhus aus, wenn das Nervensystem durch sie sehr geschwächt ist.

Die Viscosität des Schweisses erklärt sich vielleicht durch die von Ranvier aufgefundenen colloiden, kleinen Massen, welche sich nach Analogie der Speichelkörperchen vom Schweissdrüsenepithel loslösen und an eine Action des Sympathicus gebunden erscheinen (bei Hautblässe, kleinem Pulse, weiten Pupillen). Es erscheint hauptsäch-

lich in der Agonie, aber auch bei den meisten Visceralgien (Gallen-, Nervensteinkoliken, Magen- und Darmkrampf, Angina pectoris, bei eingeklemmten Hernien und Peritonitiden) als durch den Sympathicus vermittelter Reflex. Bei der Angina pectoris kommt auch hin und wieder eine auf das Gesicht beschränkte sudorale Aura vor. In speciellem reflectorischem Verhältniss steht neben anderen Organen (Uterus, Pleura) der Magen; pathologische und physiologische Reize bringen von der Schleimhaut desselben häufig Schwitzen hervor. Bei allen Erkrankungen, bei welchen der Gaswechsel der Lunge beeinträchtigt ist, tritt leicht reflectorisch Schwitzen ein; aber auch dort, wo die Asphyxie nicht von Erkrankung der Athemwerkzeuge herrührt, wie bei der Cholera im asphyktischen Stadium, ist der Kranke gewöhnlich in Schweiss gebadet. Hieran schliessen sich die Schweisse des Collapsus und der Cachexie.

Um eine Uebersicht über die einzelnen acuten Krankheiten, bei denen die Schweisse eine wesentliche Rolle spielen, zu gewinnen, nimmt B. folgende Eintheilung vor: 1. der Typus der fièvres sudorales: la suette miliaire; 2. fièvres sudorales algides, in welchen Collapssymptome vorwalten; 3. fièvres à accès, in welchen mit dem Schweiss der Paroxysmus abschliesst; und 4. fièvres sudorales continues, welche von einem Symptomencomplexe begleitet sind, den B. nach Renaut „le syndrôme sudoral“ nennt.

Den Schweissfriesel betrachtet B. nach dem Vorgang von Jaccoud und Mazuel als eine Art Hautcholera, beruhend auf Infection, die die Schweissdrüsen in specifischer Weise ergreift und dessen übrige Symptome grösstentheils als Folgeerscheinung des übermässigen Wasserverlustes zu betrachten sind; ihm nahe verwandt scheint der englische Schweiss gewesen zu sein. Zu den kalten Schweissfiebern gehört vor allem das perniciöse Wechselfieber, wo plötzlich und überraschend der Tod unter kaltem, klebrigem Schweiss, unfühlbarem Puls, Sinken der Temperatur und vollständigem Collaps am Ende des 2., des Hitzestadiums, auftritt. Aehnliche, wenn auch schwächere Collapszustände mit kaltem Schweiss begleiten hin und wieder den Typhus, die Pocken, den Scharlach, die Endocarditis ulcerosa, die multiplen Periostitiden, Greisenpneumonien etc. In allen diesen Fällen ist Herzschwäche das ursächliche Moment. Den Typus der zweiten Gattung stellt der gewöhnliche Wechselfieberparoxysmus dar. Ihm schliessen sich die terminalen Schweisse nach hohen Fieber-

steigerungen des septicämischen, des puerperalen, des pyämischen und des hektischen Resorptionsfiebers an. In allen diesen Formen ist die Diaphorese um so stärker, je ausgesprochener und steiler der Fieberparoxysmus, um so schwächer, je continuirlicher das Fieber. Unter Syndrôme sudoral versteht Renaut das Gros der Veränderungen, welche durch das eine Symptom des continuirlichen Schwitzens in gewissen typhösen und katarrhalischen Fiebern, der Grippe etc., vor allem jedoch im acuten Gelenkrheumatismus in dem Auftreten aller übrigen Symptome hervorgerufen werden. Der Puls wird gross, weich, von geringer Spannung, die Urinmenge geringer, der Harn concentrirter, das Fieber aus einer Continua bisweilen in eine Remittens verwandelt. Uebrigens ist die Herabsetzung der Temperatur durch die Schweisse oft nur sehr gering und da das continuirliche Schwitzen an und für sich eine grosse Prostration, Präcordialangst, Dyspnoë, Muskelschwäche herbeiführt, so ist die Sistirung dieser Schweisse durch Atropin therapeutisch gerechtfertigt (Vulpian). Die Einwirkung des Schweisses auf die Haut manifestirt sich in den verschiedenen Schweisseruptionen: Sudamina und Miliaria, bei Kindern in röthel- und scharlachartigen Eruptionen. Der physiologische Nachweis der excitirenden Schweissfasern und die Wahrscheinlichkeit, dass ausser ihnen sympathische, hemmende Schweissfasern existiren, führen B. schliesslich zu der Ansicht, dass in gewissen Fällen der Schweiss reflectorisch durch Reizung der excitosudoralen Nerven (locale Schweisse, warme Fieber, Schweisse der Defervescenz), in anderen Fällen durch Lähmung der Hemmungsnerven (terminaler Schweiss bei Intermittens, Pyämie) hervorgerufen werde. Nach Resumirung der nicht uninteressanten Beobachtungen älterer Aerzte über die Prognostik des Schweisses (vorzüglich bei Pleuritis, Rheumatismus acutus, Scarlatina und Variola discreta und confluens) wendet sich B. zur Therapie der Schweisse.

Es versteht sich von selbst, dass die kritischen Schweisse mit einer Behandlung verschont werden, aber nicht blos die colliquativen Schweisse der Reconvalescenz, sondern die vielen nicht kritischen Fieberschweisse verlangen eine Behandlung (Sidney-Ringer, Fraentzel, Vulpian, Royet); selbst die Schweisse des Rheumatism. artic. acutus können mit Vortheil sistirt werden. Unter allen Anidroticis gibt B. dem schwefelsauren Atropin den Vorzug. Die Einzeldosis soll stets 0·0005, am besten in Pillenform sein und bei jedem Patienten die genügende Gesammtdosis durch tägliche Steigerung bis

auf 2, 3—5 Pillen bestimmt werden. Dieselben müssen, damit keine Intoxicationserscheinungen eintreten, in Intervallen von 2 Stunden und übrigens so gegeben werden, dass die erwartete Wirkung mit der vermuthlichen Defervescenz oder dem spontanen Schweisseintritt zusammenfällt, also z. B. bei 2 Pillen: je eine 4 und 2 Stunden vor der Zeit des letzteren. Nach 5—6tägiger Anwendung kann man gewöhnlich schon die Dosis herabmindern; bei längerem Fortgebrauch, z. B. bei Hysterie, ist es gut, einige atropinfreie Tage zu interponiren, da Gewöhnung an das Mittel eintritt. Einen recht guten Erfolg hat in vielen Fällen die Hydrotherapie, überhaupt kalte Abwaschung mit Wasser und Essig (selbst beim Rheum. acut. Peter); weniger erfolgreich sind Eichenrindenbäder, das Belladonnaliniment. Bei colliquativen Schweissen der Reconvalescenz sind alle Tonica angezeigt, nebst der Beseitigung der Apathie der Kranken. Nie sind reichliche Schweisse durch äussere Wärme zu befördern.

Im 5. Capitel bespricht B. eingehender einige krankhafte, chronische Zustände, welche mit Alterationen der Schweisssecretion zusammengehen. Die Anämie ist im Allgemeinen mit trockener Haut verbunden, jedoch erscheinen starke Schweisse in den letzten Perioden der perniciösen Anämien und der Leukämie; auch die — im Gegensatz zu beginnender Tuberculose am Tage auftretenden — Schweisse bei Chlorose gehören hieher. Die rheumatischen Erkrankungen disponiren zur Hyperidrose, der chronische Rheumatismus mehr als die Gicht, so dass bei ersterem bereits die leichtesten Reize zum Schwitzen genügen. Von den chronischen Ernährungsstörungen hat die Fettsucht einen Einfluss auf das Schwitzen; besonders die zugleich mit Oxalurie behafteten Fettleibigen dunsten einen widerlichen Geruch nicht blos durch die Haut, sondern auch durch die Lungen aus. Bei Diabetes und Nephritis interstitialis ist die Haut meist trocken. Doch treten bei Diabetes auch häufig durch Muskelanstrengungen, unpassende Nahrung reichliche Schweisse auf, welche jedoch den Verlauf des Diabetes schädigen, wahrscheinlich weil die Menge des Zuckers in der gleichen Menge Schweisswassers verschwindend gering ist gegen die Menge Harnwassers, welche der Körper weniger liefert. Für ebenso schädlich hält B. ein reichliches Schwitzen und eine reichliche Darmthätigkeit bei Nephritikern wegen der drohenden Gefahr der dadurch herbeigeführten Urämie. Die Schweisse der chronischen Phthise zeigen sich schon im ersten Beginne, wo weder Fieber noch Athemnoth sie

erklären können, als eine constante Theilerscheinung der Krankheit selbst; jedoch schwach und partiell. Im weiteren Verlaufe treten sie hauptsächlich bei jenen Formen auf, in denen die Patienten stark abmagern und die Krankheit rasche Fortschritte macht; jede Erregung wie Dyspnoë, Husten, Fieber und Verdauung bringen sie hervor. Während diese essentiellen phthisischen Schweisse auf Atropin, Agaricus, phosphorsauren Kalk, kalte Abwaschungen sich mindern, bedürfen die Remissionsschweisse nach Exacerbation des hektischen Fiebers der Vorbeugung durch $^1/_4$—$^1/_2$ Gr. Chinin. Gegen Diarrhöen schwitzender Phthisiker empfiehlt sich der dreibasisch phosphorsaure Kalk, gegen den das Schwitzen verstärkenden Husten Chloroforminhalationen, der durch Dyspnoë hervorgerufene Schweiss verlangt Morphium. Die sogenannten nächtlichen Schweisse der Phthisiker sind genau genommen Schweisse des Erwachens (Peter); sie verlangen eine besondere Behandlung. Prophylaktisch ist die Einschränkung des Getränks schon am Nachmittag auf ein Minimum und das Tragen baumwollener Nachthemden zu beachten. Ein sehr gutes Mittel ist der gepulverte Agaricus 0,2—0,3—2,0—3,0; schon die kleineren Dosen genügen oft vollständig, die grösseren erzeugen leicht Diarrhöe. Weiter ein Ratanhiadecoct 20,0 auf 1 Liter (Fonssagrives), Chinintannat 0,5—1,0 in 4—5 Dosen vertheilt, deren letzte spätestens 3 Stunden vor dem Schlaf genommen wird (Delioux), Pulv. Doweri (Hayden), Strychnin in kleinen Dosen (Kennedy), Tannin 1,0—2,0 jeden Abend, Zinkoxyd mit Dowerischem Pulver, grosse Dosen Leberthran. Die Hauptmittel bleiben jedoch auch hier Atropin und kalte Essigabwaschungen.

Den Schweissen bei chronischen Krankheiten schliessen sich solche an, die durch Intoxicationen hervorgerufen oder verändert sind. Ich hebe aus der Zahl derselben einen Fall von Arsenikvergiftung hervor (B. nach Perroud), in welchem der habituelle, abundante Schweiss bei einem Arbeiter einer Arsenikfabrik von Muskelzittern und Parese der Unterextremitäten begleitet war.

Der letzte Paragraph dieses Capitels behandelt endlich die Störungen der Schweisssecretion durch Hautkrankheiten. Hier findet sich eine Wiedergabe der bekannten Resultate Auberts (Annales de Dermatologie 1878) neben einer kurzen Charakteristik der Dysidrosis (Tilbury Fox). Unna.

7. **Leloir.** Beitrag zum Studium der Structur und Entwicklung der Pseudomembranen auf der Haut und den Schleimhäuten. (Arch. de Physiol. pag. 420, 1880.)

8. **Smythe.** Der Farbenwechsel von Haut und Haar ohne bekannte Ursache. (Arch. of Dermat. pag. 246, Juli 1880.)

9. **Bulkley.** Ueber den Nutzen des Schwefels und seiner Verbindungen bei Hautkrankheiten. (Arch. of Dermatol. p. 233; Juli 1880.)

10. **Kaposi.** Ueber ein neues Heilmittel gegen Hautkrankheiten. (Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1881. Wr. med. Wochenschr. 22 u. 23. 1881.)

11. **Neisser.** Die Hämoglobinurie erzeugende Wirkung des Naphtols. (Centralbl. f. d. medic. Wissensch. Nr. 30. 1881.)

12, 13. **Kaposi, Neisser.** Derselbe Gegenstand. (Ebenda Nr. 32 und 35.)

14. **Purdon.** Notiz über Natronäthylat. (Arch. of Derm. p. 248, Juli 1880.)

15. **Richardson.** Weitere Untersuchungen über das Natronäthylat bei der Behandlung von Naevus und anderen Krankheiten; nebst Beobachtungen über Kaliumäthylat. (Lancet, Jan. 29, Febr. 12, 1881.)

16. **Unna.** Ueber Behandlung von Narben. (Mittheil. d. schlesw.-holst. Ver. d. Aerzte, 1881.)

Leloir schildert (7) die Structur von ihm künstlich erzeugter pseudomembranöser Gebilde. Er benutzte hierzu hauptsächlich Hunde, in zweiter Linie auch Kaninchen und Meerschweinchen. Die Reizung der Schleimhäute des Mundes, Rachens, Kehlkopfes und der Trachea geschah mittelst reinen und zur Hälfte verdünnten Salmiakgeistes, der in die oberen Partien mit dem Pinsel, in den Kehlkopf und die Trachea mit der Pravaz'schen Spritze oder nach der Tracheotomie eingeführt wurde. Reizung durch Cantharidentinctur ergab keine so guten Resultate. Leloir unterscheidet 5 Stadien in der Bildung der Pseudomembran. Im ersten erythematösen Stadium finden sich die unteren Lagen des Epithels noch ganz normal, in den oberen bildet sich in manchen Zellen eine helle Zone um den Kern; ausserdem kommen Kerntheilungen vor und im Bindegewebe eine Anhäufung (und Dia-

pedese) weisser Blutkörperchen in den Gefässen. Das zweite Stadium milchweissen Fleckes (Plaque opaline) zeichnet sich mikroskopisch durch Bildung eines epithelialen Reticulums aus. Die perinucleare Zone vergrössert sich, das Protoplasma nimmt einen fibrillären Charakter an, die Kerne theilen sich häufig. Dieses Netz besteht jedoch nur vorübergehend. Schon nach 5—8 Stunden nehmen die Maschen weisse Blutkörperchen und ein fibrinöses Exsudat auf, die Balken zerreissen und die Elementarhöhlen communiciren mit einander. Die eigentliche, mattweisse Pseudomembran (3. Stadium) zeigt verschiedene Lagen, eine obere fibrinös-eitrige und eine untere gemischte. Die fibrinös purulente setzt sich wieder zusammen aus einer ganz oberflächlichen, rein eitrigen, welche ausser Eiterkörperchen nur wenig Fibrin und Schleim enthält und einer tieferen, welche innerhalb eines fibrillären, horizontal und langgestreckten Maschennetzes aus Fibrin: Eiterkörperchen, Körner „Fettkörnchen-Epithelien" (cellules épithéliales granulo-graisseuses) enthält; die tiefere, gemischte Hauptlage besteht aus dem epithelialen Netzwerk des zweiten Stadiums, dessen Maschen von Fibrin und Eiterkörperchen erfüllt sind und welches sich von dem analogen der Pusteln (Variola) nur dadurch unterscheidet, dass die Maschen des Netzes hier im horizontalen Durchmesser verlängert sind und dass hier keine Balken, aus comprimirten Epithelien entstanden, vorkommen. Je stärker die Exsudation aus der Tiefe wird, desto mehr werden die epithelialen Reste durch Fibrinmassen auseinandergetrieben und ersetzt, so dass sich zuletzt nur einzelne Trümmer des Maschenwerkes finden; die Pseudomembran nimmt nun eine graulichgelbe Farbe an (4. Stadium). Leloir opponirt hier auf das entschiedenste der Weigert'schen Ansicht, nach welcher eine Pseudomembran erst dann entsteht, wenn das Epithel an Ort und Stelle abgestorben und in kernlose Schollen verwandelt ist. Endlich verwandelt sich die Pseudomembran am 2.—3. Tage in eine pulpöse, gelbliche Masse (5. Stadium) von körnigem Fibrin, welche massenhaft Fettkörner und ausserdem verfettete Eiterkörperchen und Epithelien in geringer Menge enthält. Letztere umfassen meist einen runden, klaren Binnenraum. Leloir hat nun bei Rachendiphtherie vom 2. bis 5. Stadium genau dieselben Veränderungen gefunden, gibt jedoch zu, dass in einigen seltenen Fällen die epithelialen Veränderungen zurücktreten und — wie es beim Croup der Trachea und Bronchien die Regel ist (Oertel) — auch hier über einem wenig veränderten Epithel ganz

dicke fibrino-muco-purulente Pseudomembranen vorkommen, welche durch eine Ausschwitzung des Fibrins durch das Epithel hindurch zu Stande gekommen sein müssen. Die geweihähnlichen Zellformen Wagner's und Zahn's sind nach Leloir Trümmer des epithelialen Netzwerkes, also nicht aus der Zellenmitte, sondern aus dem Zellenmantel hervorgegangen. Die Diphtheritis unterscheidet sich weiter noch durch einige Punkte wie durch eine stärkere Proliferation der untersten Epithelien, das Vorhandensein von rothen Blutkörperchen und Mikrokokken im Netzwerk, den tieferen Sitz des letzteren in den mittleren Lagen des Epithels von den künstlichen Pseudomembranen. Leloir hat endlich in der herpetischen Angina, den opalinen und diphtheritischen Schleimpapeln und dem diphtheritischen Schanker genau dieselben Vorgänge constatirt und schliesst mit einem lehrreichen Vergleiche der pseudomembranösen und der ganz analogen und nur durch das Vorhandensein einer Hornschicht modificirten, pustulösen Processe. Unna.

Smythe berichtet (8) folgende Fälle von unerklärtem Haarwechsel:

Fall I. Ein 47jähriger gesunder Mann mit hellem Haar und dunklen Augen, dessen Vater (indianischer Abkunft) schwarzes und dessen Mutter (irischer Abstammung) helles Haar hatte, wurde vom 35. Jahre an grau. Es nahmen jedoch alle Haare, welche nicht silberweiss wurden, nun eine tiefschwarze Färbung an; zugleich wurde die Haut immer dunkler gefärbt.

Fall II. Dieser betraf einen 56 Jahre alten Land-Zahnarzt. Sein Vater hatte dunkle Haut und schwarzes Haar. Ueber die Mutter ist nichts bekannt. Bis zum 45. Jahre hatte er eine helle Hautfarbe und blaue Augen. Dann wurde ein grosser Theil seines Haares silberweiss, ein Theil jedoch ganz schwarz, wie in Fall I, während die Haut auch immer dunkler wurde.

Fall III. Ein 65jähriger Mediciner von herkulischer Kraft, meist Tag und Nacht unterwegs zu Pferde. Der Vater war von sehr dunkler Haut und hatte noch im 80. Jahre schwarzes Haar; die Mutter dagegen hatte sehr helle Haut und lichtes Haar. Schon mit 12 Jahren war nicht blos das Gesicht des Knaben mit einem starken schwarzen Bart bedeckt, sondern der ganze Körper trug eine dichte schwarze Behaarung. Das Haupthaar fiel früh aus, so dass er mit 35 Jahren sehr

kahl war. Zur selben Zeit wurden die Körper- und Barthaare grau und vergingen allmälig vollständig, so dass der früher wie mit einem Thierpelz bekleidete Mann vom 50. Jahre an eine feine helle Haut trug und behielt. (Der Autor wagt keinen Versuch einer Erklärung; sollten die differenten Pigmentverhältnisse der Eltern etwa dabei in Betracht kommen, indem im Laufe des Lebens zuerst das eine, später das andere Element mehr zur Geltung gelangte? Anmerk. des Ref.)

Unna.

Bulkley (9) gibt mit sehr gutem Erfolge präcipitirten Schwefel und Weinstein zu gleichen Theilen innerlich beim Eczem des Afters und der Genitalien, besonders wenn dasselbe mit Verstopfung einhergeht. Das neuerlich vielfach angewandte Schwefelcalcium hat B. in über 100 Fällen von Hautaffectionen erprobt. In 96 Acnefällen leistete es, innerlich genommen, wesentliche Dienste bei der kleinpustulösen und indurirten Form, dagegen nicht bei der Acne rosacea. Beim Gerstenkorn ist es sogar das beste Heilmittel; auch beim Abscess des äusseren Ohres soll es gute Dienste leisten. Wichtiger erscheint noch die günstige Wirkung auf den Process der Furunculosis, sowohl auf die einzelnen Knoten als auf die gesammte Disposition der Haut. B. hat es auch in 20 Fällen von Carbunkeln in jedem Stadium mit überraschendem Erfolge gegeben, kurz in allen Fällen mit Tendenz zur Vereiterung von Cutisgewebe. Bei nichtparasitärer Sykosis nützt es bis zu einem gewissen Grade, führt jedoch allein keine Heilung herbei. Die Erfolge von Otis bei suppurirenden Bubonen werden von B. bestätigt. Die Dosis ist für Erwachsene 0,015 4 mal täglich in Pillen mit Gentiana-Extract oder in kleinen Gelatinekapseln. Kindern gibt B. Schwefelcalcium mit etwas Glycerin, 4—8mal täglich 0,006. Sehr beruhigend auf die Congestion der Haut im Erythema multiforme, Eczema und Urticaria soll die Startin'sche Mixtur wirken: Rp. Magnesia sulf. 30,0, Ferri sulfur. 4,0, Acid. sulfur. dilut. 60,0, Tinct. Gentian. 30,0, Aq. destill. 90,0 M. S. theelöffelweise nach der Mahlzeit. (Eine übrigens abscheulich schmeckende Composition. Ref.)

Der innerliche wie äusserliche Gebrauch der sog. Schwefelwässer verdient seinen Ruf in manchen Dermatosen, deren Sichtung bisher jedoch weder dem Verf. noch sonst Jemandem gelungen ist. In Bezug auf die äussere Anwendung des Schwefels stellt B. die Scabies obenan, weil die Popularität des Mittels wahrscheinlich dieser früher viel ver-

breiteten Krankheit ihre Entstehung verdankt. B. warnt vor Anwendung zu starker Schwefelsalben und verwendet selbst gewöhnlich eine Salbe bestehend aus 2 Th. Schwefel, 1—2 Th. Styrax und 8 Th. Fett. B. bespricht sodann die Anwendung des Schwefels bei Acne und führt folgende Vorschriften an: Rp. Sulf. praec. 4,0, Aether sulfur. 16,0, Spirit. 90,0 M.; — Rp. Sulf. praec. 4,0, Tinct. Camph. 8,0, Glycerin 8, Aq. rosar. 90,0 M.; — Chlorschwefel 1 : 4—8 Fett; Jodschwefel in etwas schwächerer Dosis. Doch gehöre ein gewisses Geschick dazu, diese sämmtlich reizenden Mittel nicht im Uebermass anzuwenden. In dieser Beziehung empfiehlt B. als mild stimulirend und selbst bei entzündlich gereizter Haut anzuwenden: Rp. Kalii sulfurati 4,0, Aq. rosar. 60,0 M.; Zinci sulfur. 4,0, Aq. rosar. 60,0 M.; Solutiones misceantur; das Präcipitat dieser Mischung wird auf die Haut aufgetragen. Eine vielfältige Verwendung findet die schweflige Säure sowohl bei pflanzlichen wie thierischen Parasiten; doch muss die Säure stets frisch und unverdünnt (Concentration? Ref.) angewandt werden. Weniger wirksam ist das schwefligsaure und unterschwefligsaure Natron. Die Schwefeldampfbäder sind in Pilzkrankheiten, Scabies, Psoriasis und hin und wieder bei Syphiliden nützlich, schädlich jedoch in den meisten Fällen von Eczem und stets bei Urticaria, Herpes, Pemphigus.

Unna.

Um die therapeutische Wirkung des Theer, welcher aber sehr unangenehme Eigenschaften besitzt (ungefällige Farbe, penetranter Geruch, toxische Wirkung etc.) eventuell durch einen der Bestandtheile desselben zu ersetzen, wählte Kaposi (**10**), von E. Ludwig berathen, das aus dem Theer gewonnene β Naphthol zu therapeutischen Versuchen.

Kaposi hat das Naphtol bei folgenden Krankheiten angewendet: Scabies (36 Fälle), Eczem (14), Psoriasis (13), Prurigo (5), Pityriasis (4), Ichthyosis, Seborrhoea cap., Lupus vulg., Epithelioma (je ein Fall). Bei Scabies war ein vollständiges Resultat zu verzeichnen. Bereits seit einem Monate hat Kaposi das auf der dermatologischen Abtheilung seit vielen Jahren als das ausgezeichnetste Krätzmittel verwendete Unguent. Wilkinsoni aufgegeben und durch ein Unguent. Naphtoli composit. ersetzt, welches er nach der Formel: Rp. Naphtoli 15, Axung. 100, Sapon. virid. 50, Cret. alb. pulv. 10 bereiten lässt. Dieses, gleichwie ein Unguent. Napht. simplex (Napht. 15, Unguent.

simp. 100) hat alle guten Eigenschaften der Wilkinson'schen Salbe ohne deren Mängel, indem sie weder Haut noch Wäsche befleckt, noch riecht, noch die Haut irritirt, und ist vor der Hand als die ständige Krätzsalbe in Anwendung auf seiner Klinik.

Bei Eczem hat der Vf. eine 5perc., später 2perc. und $^1/_2$perc. alkoholisch-wässerige Lösung des Naphtol parallel mit und anstatt Tinctur. Rusci mit sehr gutem Erfolge angewendet und hofft er hier noch weitere gute Resultate. Ein Uebermass der Application kann im Momente schaden. Bei Eczema capitis, Eczema squamosum und ebenso gegen Seborrhöe ist das Mittel sicher gut wirksam.

Bei Psoriasis wirkt die 15- und 10perc. N.-Salbe fast so prompt wie Chrysarobin, aber nicht constant. Nach 6—8 Einpinselungen werden psoriatische Stellen ganz weiss, gleichwie bei Chrysarobin, aber ohne die geringste Verfärbung der Umgebung, während bei letzterem eine intensive Verfärbung der angrenzenden Haut eintritt. Daher wird Naphtol-Salbe insbesondere gegen Psoriasis der Hände und des Gesichtes zu gebrauchen sein. Aber auch intensive und inveterirte Psoriasis-Plaques haben sich rasch rückgebildet. Bei Pityriasis versicolor hat Vf. gute Erfolge zu verzeichnen. Auch bei Prurigo und Ichthyosis detaillirt Kaposi die mindestens nicht indifferente und im Gegentheile zufriedenstellende Wirkung der Solution, wie des Unguent. Naphtoli simplex.

In einem Falle von Lupus erythematosus wurde aus Solut. Naphtoli (5%) und Amylum eine Paste bereitet und nach deren achtmaliger Application ein dünner, trockener Schorf erzielt, nach dessen Abfallen der Lupusherd geheilt erschien. Bei Lupus vulgaris und Epitheliom hat Naphtol nicht genügt.

Das Naphtol wird durch die Haut resorbirt und durch die Nieren mit dem Harne ausgeschieden. Bei allen Kranken, auch wenn sie nur an einem allerdings grösseren Theile des Körpers, z. B. an den Streckseiten der Extremitäten, mit Naphtollösung oder Naphtolsalbe eingeschmiert worden, fand sich nach 12 Stunden der Urin trübe, von der Farbe eines gelbröthlichen Weinmostes. Bei Einzelnen zeigte der Harn nach den ersten Einreibungen, bei Anderen wieder nach der 20.—30. Einreibung mit Naphtholsalbe oliv-grüne Farbe, war aber dabei ziemlich klar. Die Farbe ist ähnlich der bei Ausscheidung von in mässiger Menge resorbirtem Theer oder Carbolsäure. Gleich in den allerersten Versuchstagen schien es, als müsste Verf.

die Versuche einstellen. Ein mit Prurigo behafteter Knabe entleerte blutigen Urin, es zeigten sich die Symptome eines acuten Morbus Brightii, Ischurie, Erbrechen, Bewusstlosigkeit. Der mittelst Katheters entnommene Harn enthielt Blut und Eiweiss; es folgten durch mehrere Tage heftige eklamptische Anfälle mit halbseitigen Zuckungen. Allein Kaposi konnte unmöglich glauben, dass von einem so geringen Quantum Naphtol, als bei ihm in zweitägiger Einpinselung auf die Extremitäten allein gebracht worden und resorbirt sein konnte, die erwähnten Erscheinungen herrühren sollten.

Glücklicherweise genas der Knabe vollständig, und nachdem durch eine Woche mehr keine Spur von Eiweiss in dessen Urin sich vorfand, wird derselbe nun schon durch vier Wochen mit einer 5perc. Naphtollösung eingepinselt und der Urin ist noch immer eiweissfrei.

Ebensowenig hat sich bis nun überhaupt bei den mit Naphtol behandelten Kranken Eiweiss im Harn gefunden, obgleich einzelne (Psoriatische) an fünfzig Mal mit einer 10—15percentigen Napthol-salbe innerhalb sechs Wochen und über grosse Körperstrecken eingerieben worden sind. Auch in den früher erwähnten oliv-grünen Harnen hat sich kein Albumen vorgefunden.

Als Ursache der Harntrübung fand Mauthner den Gehalt des Harns an Naphtol in beträchtlichen Mengen. Nach Kaposi wird der trübe „Naphtolharn“ auf Zusatz von etwas Alkohol klar; dies lässt vermuthen, dass freies Naphtol vorhanden ist; die Hauptmenge dieser Verbindung dürfte aber wohl in Form einer gepaarten Schwefelsäure ausgeschieden werden.

Von Nebeneigenschaften des Naphtols sind hervorzuheben: Es riecht in Lösung und Salbe kaum merklich, ist in dünnen Schichten der Lösung und Salbe farblos (röthet sich nur etwas nach längerem Contact mit der Luft) und färbt weder die Haut und Haare — auch nicht die Wäsche und Verbandstücke — aber letzterer Vorzug ist kein absoluter. Es hat sich nämlich bald ergeben, dass mit der Naphtollösung benetzte Wäsche, in sehr geringem Grade aber die mit Naphtolsalbe beschmierte, nach längerem Contact mit der Luft sich lichtrosa färbt.

Neisser hat sich dagegen (**11**) durch Thierversuche, an Hunden und Kaninchen, überzeugt, dass höhere Dosen des Naphtols Hämoglobinurie erzeugen. Kaninchen von 1000 Grm. Gewicht starben

nach subcutaner Injection von 1 Grm. (in concentrirter erwärmter Oellösung), Hunde von 4500 Grm. nach 1·5 Grm. — Der Tod erfolgte binnen $2^1/_2$—12 Stunden, nachdem bei Hunden heftige Salivation und Unruhe, bei Kaninchen sehr starke Krämpfe vorausgegangen waren. Auch hier trat also das schon bei der Pyrogallussäure gefundene Factum ein, dass Hunde schon geringeren Mengen des Giftes erliegen, als Kaninchen — eine deshalb beachtenswerthe Thatsache, weil der menschliche Organismus sich der Pyrogallussäure gegenüber noch weniger widerstandsfähig erwiesen hatte.

In dem vom Verf. beobachteten Falle (Ztschr. f. klin. Med. I.) hatten für einen kräftigen, robusten Mann von circa 100 Kgrm. Gewicht etwa 12 Grm. Pyrogallussäure hingereicht, um eine tödtliche Blutdissolution zu erzeugen. Auch für das Naphtol werde man also gewiss mit Recht die tödtliche Dosis verhältnissmässig niedrig berechnen müssen, umsomehr, als Psoriasisflächen, wie N. durch Experimente weiss, ganz vorzüglich resorptionsfähig sind.

Auf weitere Untersuchungen der Naphtolvergiftung ist N. nicht eingegangen. Der Befund des Harns, die Se- und Excretionsverhältnisse des Harns, die Blutveränderungen unterscheiden sich nach keiner Richtung von anderen Blutdissolutionen, die zum Freiwerden des Hämoglobins führen, somit sei Naphtol kein absolut unschädliches Medicament, sondern in grösseren Dosen ein hochgradiges Gift. — Es soll dadurch der Werth des Naphtols als Medicament in der Hauttherapie auch nicht angefochten werden. Aber vor übermässiger, zu reichlicher und energischer Application dieses Präparats müsste um so dringender gewarnt werden, als die Behandlung der so häufig in Flächen ausgebreiteten Psoriasis die Gefahr, mit zu grossen Giftmengen zu operiren, nahe legt. War doch die bereits erwähnte Pyrogallussäurevergiftung auch nur die Folge der Unkenntniss, welch gefährliches Heilmittel die Pyrogallussäure unter Umständen sein könne!

Zum mindesten wird also sorgfältigste Controle des Urins während der Naphtol-Application geboten sein. Bei schon bestehender Nephritis ist die Anwendung noch bedenklicher, da die jedenfalls durch das Naphtol gesetzte Nieren-Alteration eine vorhandene Nierenerkrankung steigern wird. Andererseits bewirkt die Nephritis eine verminderte Ausscheidung des Naphtols aus dem Blute. Dosen also,

welche sonst ohne jegliche Schädigung zur Anwendung gelangen, können durch ihre Accumulirung im Blute zu gefahrvollen Mengen werden und schliesslich eine Blutdissolution mit Hämoglobinurie im Gefolge haben.

An diese Auseinandersetzungen knüpfte sich (**12** und **13**) in Nr. 32 und 35 des Centralblattes eine Discussion beider Autoren, welche nichts in sachlicher Beziehung Wichtiges enthält.

Purdon empfiehlt nach ausgedehnten Versuchen (**14**) das Natronäthylat nach Richardson's Vorschrift — siehe diese Vierteljahrsch. pag. 141, 1880 — (zu gleichen Theilen in Wasser oder Alkohol gelöst) zur Aetzung und Heilung bei allen Arten benigner Neubildungen, kleinen krebsigen Warzen, Schleimpapeln, Naevi, Scrofoloderma, Lupus vulgaris und erythematosus und rühmt die prompte Wirkung ohne entstellende Narbe. Auch gegen Hund- und Schlangenbiss schlägt er dieselbe vor. Unna.

Das Natronäthylat zersetzt sich nach weiteren Untersuchungen von Richardson (**15**) in Contact mit lebendem Gewebe unter Bildung von Alkohol und Natron. Während das letztere Produkt die Gewebe weich und flüssig erhält, verhindert der absolute Alkohol Blutung und Zersetzung. Das Mittel bewirkt daher eine eigenthümliche Aetzung. Die Anwendung des Kaliäthylats ist mit starker Blutung verbunden und daher unthunlich. Die Flüssigkeit wird mit einem Glasstabe auf den Naevus gebracht; es bildet sich sogleich ein festhaftender Schorf, nach dessen Abfall die Aetzung nach Bedürfniss ein- oder mehrmals wiederholt werden muss. Der Schorf darf nicht mit Gewalt oder erweichenden Mitteln entfernt werden; man wartet, bis er leicht abzuheben ist oder von selbst abfällt. Fallen kleine Stücke ab, so kann man diese gleich wieder netzen. R. berichtet über 7 Fälle von Naevus bei Kindern von 6 Monaten bis 2 Jahren. Nur in einem Falle blieb eine Narbe; sämmtliche heilten gut. In zwei weiteren Fällen war die Anwendung mit Schwierigkeiten verknüpft, indem im ersten Falle der Naevus das obere Augenlid einnahm, im zweiten Falle über dem Kehlkopf seinen Sitz hatte; doch verliefen auch diese Fälle sehr günstig. Geringere, aber in einzelnen Fällen sehr günstige Erfahrungen hat R. weiter bei Tättowirungsmälern und diffusen rothen Mälern, in der Zerstörung von Nasenpolypen und

Ulcerationen mit Knochennekrose bei Ozaena gemacht. Beim Lupus non exedens waren die Resultate mit wenigen Ausnahmen negativ. Beim Lupus exedens bewirkt es, wenn auch keine Radicalheilung, doch Stillstand der Zerstörung, das Aufhören der Zersetzung und die Verminderung des Secretes. Endlich empfiehlt R. noch die subcutane Injection des Natronäthylats zur allmäligen Zerstörung von Strumen, wenn diese gefahrdrohende Symptome herbeiführen und durch andere Mittel nicht zu beseitigen waren. Zum Spray muss das Mittel mit absolutem Alkohol verdünnt werden. Um die Schmerzen der Anwendung zu lindern, kann man sich des Zusatzes einer alkoholischen Opiumlösung bedienen, jedoch nicht des Chloroforms, welches damit eine explosive Mischung bildet. Unna.

Unna lenkt (**16**) die Aufmerksamkeit auf die Verbesserung der Narben und zwar hauptsächlich der grubigen, durch ulceröse Processe entstandenen und der keloidartig wuchernden, wogegen er die zu Contracturen der Gelenke etc. führenden grossen und tiefen Verbrennungsnarben, welche chirurgische Eingriffe erfordern, ausschliesst.

Ein Mädchen von 28 Jahren litt seit 7 Jahren an Acne. Vor 5 Jahren war besonders die Nase der Sitz vieler Pusteln und tiefer Beulen gewesen, welche die Patientin meist selbst durch Druck geöffnet hatte. Es waren nach denselben Narben entstanden, die sich jetzt als etwa 20 tiefe Gruben von dem Durchmesser eines Stecknadelkopfes bis zu dem eines mittelgrossen Schrotkornes mit zackig oder leistenartig überhängenden Rändern repräsentirten und ein so altes, indolentes Aussehen darboten, dass an eine Verbesserung derselben gar nicht einmal gedacht wurde. Der Process gipfelte augenblicklich auf beiden Wangen, Kinn und Stirn. Während sich an letzterer viele kleine Comedonen und Comedonenpusteln vorfanden, zeigten die anderen Orte grosse, weit vorspringende Talgdrüsenabscesse und tiefliegende Schweissdrüsenfurunkel, welche so dicht bei einander standen, dass das ganze Gesicht mit Ausnahme der Nase selbst ein röthlichblaues, gedunsenes, grobhöckriges Aussehen hatte. Nach Eröffnung sämmtlicher Abscesse, täglicher Abschabung mit dem scharfen Löffel und dem Gebrauche einer Zinkschwefelsalbe war die floride Affection Anfang Februar beseitigt und am 24. Februar konnte die Patientin geheilt entlassen werden mit der Anweisung, die Verdünnung der

übermächtig dicken Hornschicht und die Eröffnung der Drüsenmündungen durch dieselbe von nun an mittelst Sandabreibungen nach Ellinger's Vorschrift selbst zu besorgen. Vf. sah die Patientin einige Male im Laufe des März und war nicht wenig erstaunt zu bemerken dass unter den Sandabreibungen, welche er am ganzen Gesicht vorzunehmen angeordnet hatte, nicht blos die Oberhaut sich prächtig verdünnte und die Drüsenmündungen freigelegt wurden, sondern dass die grubigen Narben der Nase zusehends flacher und kleiner im Durchmesser wurden, wodurch die Nase ein auffallend besseres Aussehen gewann. Vf. habe kürzlich (Mai) constatiren können, dass die alten Narben, sämmtlich auf einen sehr kleinen Bruchtheil ihrer früheren Grösse reducirt, in dem übrigens glatten Gesicht kaum noch bemerkt wurden.— Sehr bald darauf hatte Vf. Gelegenheit, die Wirksamkeit der Sandabreibungen auch bei Pockennarben im Gesicht eines 20jährigen Mädchens zu erproben, die, ungeimpft, vor 10 Jahren die wahren Pocken überstanden und seitdem im ganzen Gesicht mit flacheren und tieferen Narben übersäet war, die nicht jene überhängenden, sondern glatt aufsteigende Ränder besassen. Hier konnte nach drei Monate fortgesetztem Sandabreiben das Gesicht für glatt gelten. Nur hellere, weniger pigmentirte, kreisrunde aber verkleinerte Stellen zeigten den Ort der früheren Narbenvertiefungen an.

Ein noch rascheres Resultat in einem Monat erreichte Vf. in einem Falle von erst kürzlich aber schlecht vernarbtem exulcerirtem Lupus syphiliticus der Nase bei einem 30jährigen Manne.

Zu den Abreibungen verwendet U. fein gestossenen weissen Marmor, wie er aus den Splittern der Bildhauerwerkstätten leicht herzustellen ist. Vf. lässt ihn in zwei Sorten vorräthig halten und verordnet ihn theils allein, theils mit Seifenpulver, Schwefel oder anderen Pulvern gemischt als Pulvis cutifricius. Anstatt wie Ellinger die Haut eine längere Zeit vor dem Abreiben anfeuchten zu lassen, was für manche Patienten lästig ist, findet Vf. es bequemer, das Pulver immer nur in Seifenschaum suspendirt zur Anwendung zu bringen, wodurch die Hornschicht momentan erweicht und die Procedur zu einer viel sanfteren wird, ein Vortheil, den er beim Gebrauch des scharfen Löffels (genau so wie beim Rasiren) schon seit langer Zeit benutzte. Die concurrirende chemische Wirkung des kohlensauren Kalkes ist übrigens gegenüber der einfach mechanischen Wirkung des Quarzsandes auch nicht gering anzuschlagen.

Die Haut des Gesichts wird also mit Wasser nur eben benetzt, ein feiner sog. Augenschwamm mit guter Seife eingeschäumt, in das Pulver getaucht, und nun alle krankhaften Stellen der Reihe nach erst sanft und langsam, dann allmälig fester und rascher, aber nie drückend, sondern immer blos ziehend (ähnlich wie Stiefel gebürstet werden, um Glanz zu erhalten) abgerieben, also recht eigentlich polirt. Ein leichtes Bluten stark hervorragender Stellen ist nicht erforderlich, schadet jedoch auch nicht, da die Oberhaut in allen diesen Fällen fest und resistent ist, (sog. „gute Heilhaut") und wird schwerlich ganz zu vermeiden sein. Nach dem Abreiben, welches am besten Abends vorgenommen wird, lässt Vf. Nachts über auf die mässig gereizte Haut Wilson'sche Salbe oder besser Zinksalbenmull auflegen. Wo die Kur ernstlicher betrieben werden soll, muss man auch Morgens eine solche für das ganze Gesicht etwa 10—15 Minuten dauernde Abreibung vornehmen lassen.

Die Thatsache des praktischen Erfolges der Sandabreibungen bei grubigen Narben erklärt der Vf. durch ein Uebergewicht des Epithels über die Bindegewebsneubildung, welches diese fatale Narbenbildung zur Folge hat und daher komme zum grössten Theil die Wirksamkeit der Sandabreibung, welche der gefässhaltigen Cutis gegenüber einem übermächtigen Epitheldrucke zu Hilfe kömmt (wie bei der Acne).

Ein schwerer Fall von ausgedehntem Narbenkeloid, das nach einer Verbrennung ersten und zweiten Grades durch Gasexplosion aufgetreten war, den ganzen Rücken der linken Hand nebst den Zwischenfingerfalten einnahm und überall bis zur Grenze der dicken Hornschicht der Vola reichte, gab dem Vf. Gelegenheit, die Wirksamkeit des Druckes zu erproben. Vf. legte nach Auftragung eines weichen Quecksilberpflasters einen die Vola circulär mit umfassenden Verband von Heftpflasterstreifen an. Diesen Verband festigte und comprimirte er von aussen noch durch eine starke Collodiumschicht. Nach achttägigem Liegen wurde die comprimirende Kapsel in einem Stück abgezogen, es fanden sich nur geringe Spuren des Pflasters vor, dagegen war die Hornschicht überall weisslich verfärbt, (durch eingedrungenes Hg); sogleich wurde um die etwas reducirte Neubildung ein neuer Verband angelegt. In der Folge wechselte Vf. dabei zwischen einem starken Jodbleipflaster und dem Quecksilberpflaster, um die Oberhaut nicht allzu sehr zu schädigen. Unter dieser vom

4. October bis Weihnacht 1876 dauernden Behandlung verschwand das Keloid ganz allmälig, wurde dünner, dann auch heller.

Seither zeigte sich, dass eine Schüttelmixtur von 4 Theilen Plumbum acetic. auf 20 Theile Collodium den gestellten Anforderungen eines zugleich genügenden Druckes und Schutzes der Oberhaut vollauf entsprach. Man sieht unter 2—3maliger täglicher Bepinselung das Keloid schrumpfen, abblassen und schmerzlos werden. Nach einigen Tagen genügt ein einmaliges Auftragen der weissen Decke am Abend, und noch später kann man die Bepinselung jeden 2., 3. Abend vornehmen lassen. Ganz aussetzen liess Vf. die Pinselungen in seinen Fällen bisher nie, sondern sie wenigstens einmal wöchentlich wiederholen.

Einfache Entzündungsprocesse der Haut.

17. **Gaucher.** Beitrag zur pathologischen Anatomie des Eczems. (Annales de Derm. et de Syph. p. 263. 1881.)
18. **Finny.** Praktische Bemerkungen über einige locale Ekzemformen. (Dublin Journ. of med. science. Jan. and April 1881.)
19. **Lassar.** Ueber Therapie des Eczems. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2, 1881.)
20, 21. **Lewin, Köbner.** Discussion über denselben Gegenstand in der Berl. med. Ges. (Ebenda Nr. 3, 1881.)
22. **Unna.** Ueber die therapeutische Verwendung von Salben- und Pflastermullpräparaten. (Ebenda Nr. 27, 1881.)
23. **Fournier.** Ueber Krätze. (Gaz. des Hôp. 1880, pag. 876, 891, 898.)
24. **Behrend.** Beitrag zur Pathogenese und Behandlung der Acne disseminata und der Sycosis. (Deutsche medic. Wochenschr. 20. 1881.)
25. **Troizki.** Natrum bicarbonicum bei Verbrennungen aller Grade. (Wratsch Nr. 4. 1881, St. Petersburg med. Wochenschr. 19. 1881.)
26. **Miller.** Ueber Erysipelas. (Edinb. med. Journ. XXV. p. 1095. June 1880.)
27. **Rothe.** Carbolsäure äusserlich bei Erysipel. (Memorabilien, 9. Heft 1880.)

Ein Mann von 55 Jahren wurde nach Gaucher's Bericht (17) ohne nachweisbare Ursache von einem Eczem des Gesichts und der Extremitäten befallen, welches durch Carbolwaschungen einen acuten und allgemeinen Charakter annahm. Im Hospital St. Louis nach 4 Wochen aufgenommen zeigte er eine universelle Eruption der ganzen Haut und der Schleimhaut der Lippen und der Zunge. Hier trat alsbald eine unstillbare Diarrhöe hinzu, die zum raschen Kräfteverfall führte. Die Haut war roth, heiss, geschwollen, schmerzhaft und mit gelben Krusten bedeckt. Im Urin weder Eiweiss noch Zucker. Nach abermals vier Wochen führte die Krankheit zum Tode. Bei der Autopsie zeigten alle Eingeweide eine intensive Blutüberfüllung wie nach ausgedehnten Verbrennungen. Leber gross und strotzend von Blut, Milz hart und gross, Nieren und Lungen congestionirt, letztere nicht hepatisirt. Das Endocard war roth und entzündet, das Blut schwarz und flüssig, ohne Thromben. In der Cutis fand G. Blutüberfüllung der Gefässe des Papillarkörpers und Zellen- und Kernproliferation im Bindegewebe. In der Epidermis constatirte er: 1. Bläschenumwandlung einer gewissen Anzahl zerstreut liegender Stachelzellen, 2. vollständige Zerstörung der Stachelzellen in der Mitte einiger interpapillärer Zapfen mit Umwandlung in ein Netz, welches Kerne weisser Blutkörperchen (? R.) enthielt, 3. hin und wieder vollständige Loslösung der Epidermis in toto vom Papillarkörper. Die Haut, welche zu dieser Untersuchung diente, stammte vom Vorderarm, Hand- und Fussrücken und der Kopfschwarte. Auf der Schleimhaut der Lippen und Zunge waren dieselben drei Veränderungen, ausserdem aber noch auf der Zunge zahlreiche „Exulcerationen" zu bemerken. (G. versteht unter diesem Namen ganz seichte Exfoliationen der Hornschicht: die Diagnose Eczem hätte bei dem eigenthümlichen Verlaufe wohl eingehender motivirt werden müssen. Ref.)

Unna.

Finny hält (18), seine früheren Auseinandersetzungen über Ekzem fortsetzend (s. diese Vierteljahrschrift, pag. 558, 1880), die Behauptungen von Spender (Brit. med. Journ. June 1879. p. 392) und Liveing (ibid. Vol. II. p. 8) für unberechtigt, nach denen es nur ein Ekzem und eine syphilitische Psoriasis der Hohlhand gibt. Er stellt sich auf die Seite derer, welche auch eine nichtsyphilitische Psoriasis der Hohlhand (und Fusssohle) anerkennen. Zur Behandlung des Ekzems dieser Region empfiehlt er neben der weissen Präcipitatsalbe

und Kautschukbedeckung besonders das Zinkoleat. Bei Besprechung des Eczema scroti wird folgende Mischung:

Rp. Liniment. calcis 120,0
Extr. belladonn. 0,75
Zinci oxydat. 8,0
Glycerini 4,0
Aquae calcis 120,0

zum Waschen der Haut nach einem heissen Sitzbade und in einem Falle von Pruritus und Eczema vulvae ein Crême:

Rp. Liniment. calcis 120,0
Acid. hydrogen. 16,0 (? U.)
Liq. plumbi subacet. 8,0
Glycerini 8,0
Aq. rosar. ad 240,0

als sehr beruhigend gelobt. F. findet in vielen Fällen von Eczema ani „a strong gouty tendency“ und will dann nie mit örtlichen Mitteln allein, sondern durch das Verbot von allen alkoholischen Getränken, Reduction von Fleisch zu Gunsten von Fisch, salinische Abführmittel mit Colchicum verbunden mit leichten, äusseren Mitteln zum Ziele gelangt sein. Ekzeme, durch Depression des Nervensystems (!) hervorgebracht, verlangen Phosphor, Eisen und Strychnin. Unna.

Vor etwas mehr denn Jahresfrist machten wir in dieser Vierteljahresschrift (pag. 558 ff., 1880) auf eine Neuerung aufmerksam, die Unna in die Dermatotherapie einführte, und die darin bestand, die bei der Behandlung von Hautkrankheiten gebräuchlichen Salben und Pflaster nicht in der bisher üblichen Form, sondern als Mullpräparate anzuwenden, die nach einer von ihm angegebenen Methode von der betreffenden Salbe oder Pflaster imprägnirt werden und die bezüglich ihrer Application und Wirkung von entschiedenem Vortheile wären. Versuche, die wir sowohl an der hiesigen Poliklinik, als auch in der privaten Praxis mit diesen nach der Angabe Unna's in Altona verfertigten Mullpräparaten anstellten, fielen, wie damals schon erwähnt worden ist, zu unserer Zufriedenheit aus. Es handelte sich um die Verwendung des Salbenmulls blos beim Eczem. Seither hat in einem „über Therapie des Eczems“ lautenden Vortrage in der Berliner med. Gesellschaft (Sitzung vom 27. October 1880) Lassar (19) als seine

Haupttherapie gegen chronisches Eczem den Unna'schen Salbenmull, gegen das acute Eczem 2%iges Carbolöl empfohlen.

In der Discussion schloss sich Lewin (**20**) dem letzteren an, vor Allem aber pries er als Hauptmittel gegen chronisches Eczem das Ergotin.

Köbner (**21**) replicirte hierauf den Vorrednern, dass nach seiner Meinung Salben (und darunter auch das von Hebra mit Recht sehr empfohlene Ung. Diachyli) bei Eczem zu ausschliesslich verwendet werden; dass auch der Unna'sche Salbenmull über circumscripte Eczeme hinaus nichts leiste; dass man schon seit Rayer darüber klar sei, dass bei acuten Eczemen möglichst wenig Eingriffe vorzunehmen und also im ersten Stadium auch das Carbolöl zu vermeiden sei; dass endlich in Betreff des Ergotins seine Erfahrungen nicht günstig gesprochen hätten, indem die Eczeme nach 3monatlichem innerlichem Gebrauche des Ergotins nicht von der Stelle gerückt waren, ausser an einigen Stellen, wo gleichzeitig Ol. Rusci angewendet worden war.

In der letzten Zeit ist es nun Unna (**22**) gelungen, seine Präparate derartig zusammenzusetzen, dass sie ihre Verwendung auch bei anderen Krankheitsformen finden können, und überdies eine feste Formel liefern zu können, nach welcher ihre Herstellung überall in gleicher Weise zu ermöglichen ist. Das Letztere war besonders nöthig, denn es hat sich herausgestellt, dass die im Winter nach derselben Formel wie im Sommer hergestellten Salbenmulle härter sind und weniger gut kleben, während doch eine bedeutende Klebekraft ein nicht zu unterschätzender Factor für die Brauchbarkeit ist.

Unna führt nun eine ganze Reihe von Vorschriften an, nach denen die verschiedenen Salbenmulle im Winter und im Sommer bereitet werden müssen und wendet als Grundlage seiner Compositionen den Benzoëtalg und das Benzoëschmalz an, die sich als die billigsten, haltbarsten und die schönste Salbe liefernden Constituentien erwiesen haben.

Die Form der Salbenmullstücke (sogen. Rollen) hat U. beibehalten, andererseits aber auch Blätter von etwa Flachhandgrösse in Gebrauch gezogen, die sich bei ganz umschriebenen Affectionen (etwa eines Fingers etc.) nothwendig machten. Bezüglich der Methode der Application hat U. einen entschiedenen Fortschritt zu verzeichnen, der in der ganz allgemeinen Verwendung des gewöhnlichen Verband-

mulls (entfetteter Mull, sog. Hydrophile) zur Bedeckung des Salbenmulls besteht. Die Vortheile dieses Verfahrens bestehen hauptsächlich darin, dass der entfettete Mull mit der Oberfläche des Verbandmulls genügend verklebt, um den letzteren zu fixiren und doch, nachdem man nur eine Kante desselben vom Salbenmull getrennt hat, durch einen leichten Zug vollständig und rein wieder abgehoben werden kann und dass zweitens die Oberfläche des Salbenmulls durch das darübergelegte Stück Verbandmull trocken gelegt und dadurch das Fettwerden der Wäsche verhindert wird. Wo dies jedoch angezeigt ist, können auch die bisher angewendeten Befestigungsmittel (Collodiumbepinselung des Randes, Leinen- und Flanellbinden, Leibbinden, Strumpfbänder, Hosenträger, Suspensorien und besondere Bandagen) in Gebrauch gezogen werden.

Ausser beim Eczem hat U. die Anwendung des Salbenmulls noch in folgenden Krankheitsformen mit grossem Vortheile erprobt:

1. Bei der Behandlung der Epididymitis gonorrhoica mittelst Jodbleipflastermulls, welcher chemisch und mechanisch zugleich wirkt und sich besonders bei Ambulanten mit grossem Nutzen anwenden lässt.

2. Bei der Behandlung der Pigmentflecke (Epheliden, Chloasmata) mittelst Quecksilber-Salbenmulls, sowie einer aufzustreichenden Salbe aus Bismuthum oxychloratum (mit Kaolin und Ung. Glycerini), welche ein sicheres und rascheres Resultat als die von Hebra angegebene Quecksilber-Salbe mit Bismuthum subnitricum ergeben soll und viel bequemer als diese oder als Sublimatcompressen und Sublimatcollodium zu appliciren ist.

3. Bei der Behandlung der Geschwürsformen des Penis, wie ulcerirter Formen von Herpes progenialis, ulcerirter spitzer Condylome, einfacher Einrisse, welche durch Mishandlung Geschwürsformen angenommen haben, so wie des harten Schankers in seiner ganzen auf- und absteigenden Entwickelung, von der Erosion bis zum knorpelharten, längst mit normaler Oberhaut bedeckten Reste. Bei letzterem wendet U. den Quecksilber-, Carbolquecksilber- oder Jodoformsalbenmull an.

4. Bei der Behandlung des Eczems des Naseneingangs mittelst Zinkmulls.

5. Bei der allgemeinen Syphilisbehandlung mittelst Quecksilber-, Salben- und Pflastermulls, worüber U. bisher wohl nur eine geringe Erfahrung besitzt, die aber weiterer Versuche würdig erscheint. Schiff.

Die Behandlung der Krätze im Hospital St. Louis (jährl. 400 Fälle) ist nach Fournier's Bericht (**23**) seit Hardy auf $1^1/_2$ Stunde reducirt. In der ersten halben Stunde wäscht und reibt sich der entkleidet Patient mit grüner Seife am ganzen Körper, in der zweiten setzt er dies Abreibungen im warmen Bade fort, in der dritten reibt er sich die Hau mit der Helmerich'schen Salbe ein und zieht sofort seine inzwische durch 120° und schwefligsaure Dämpfe desinficirten (bekanntlic unnöthig, U.) Kleider an. Die Salbe soll 24 Stunden auf dem Kör per bleiben. Fournier rühmt diese Methode als absolut sicher empfiehlt jedoch in der Privatpraxis statt grüner gewöhnliche Seif und statt der Helmerich'schen Salbe die gemilderte Hardy'sche (10 Fett, 16 Schwefel, 8 Soda) oder noch besser folgende: 200 Glycerin 1 Traganthgummi, 100 Schwefel, 50 Soda. Unna.

Bei Acne sowohl, als auch bei Sycosis gibt nach Behren (**24**) die Einzeleffloreszenz schon an und für sich eine Veranlassung zur Entwicklung neuer Effloreszenzen, indem durch das fortschreitend Wachsthum eines Knotens die in seiner Nähe befindlichen Gewebs fasern nach aussen gedrängt und fester an einander gepresst werden Der Druck, welchen ein Knoten auf die Nachbarschaft ausübt, ist an stärksten an der Oberfläche der Haut und nimmt nach der Tiefe hin stetig ab; durch den Druck werden auch die Talgdrüsen comprimirt Behinderung in der Ausscheidung des Hauttalgs und Transsudation in das Innere des Drüsenkörpers sind die nächsten Folgen; es ent steht ein neuer Knoten, der wieder weitere Knotenbildung veranlasse kann. Der Entwicklungsmodus der Acne-Effloreszenz bringt es mi sich, dass man gewöhnlich schon in der Tiefe des Follikels eine Eiter ansammlung antrifft, während in den höher gelegenen Schichten noch nichts derartiges zu finden ist; oft lässt sich Eiter schon so frühzeitig herausdrücken, wo man bei oberflächlicher Betrachtung ein Hervor treten der erkrankten Talgdrüsen noch gar nicht constatiren kann.

Mit Berücksichtigung des letzteren Umstandes meint B., dass die Localtherapie der Acne und der Sycosis nicht blos das Ziel ver folgen müsse, die Massen aus dem Inneren der entzündeten Knoten überhaupt zu entfernen, sondern für diese Entfernung möglichst früh zeitig Sorge zu tragen. Die rationellste Localbehandlung in diesem Sinne ist das von Auspitz (über die mechan. Behandl. der Hautkr., diese Vierteljschr. 1876, pag. 586) empfohlene, in kürzeren Zwischen-

räumen vorzunehmende Abschaben der erkrankten Hautpartien und ihrer anscheinend gesunden Umgebung mit dem scharfen Löffel. Nachdem die grösseren Knoten durch einen Einstich mit dem Messer eröffnet und entleert worden, wird der scharfe Löffel über das ganze von Efflorescenzen bedeckte Gebiet geführt. Hiedurch werden die Kuppen der Knoten hinwegrasirt, die comprimirten Mündungen der Drüsenausführungsgänge geöffnet und dem Inhalte derselben die Möglichkeit eines freien Austrittes gewährt. Bei dieser Procedur kommen gewöhnlich auch kleine erodirte Punkte zum Vorschein, an denen man mit dem blossen Auge keine Spur eines Krankheitsprocesses entdecken konnte, und mit Benützung einer Lupe lässt sich constatiren, dass sich in der Mitte dieser Pünktchen die Oeffnung eines Drüsen-Ausführungsganges befindet. Die Operation, die mit geringer Blutung verbunden ist, wird jeden 2., später jeden 3. Tag vorgenommen; die Schuppen und Krüstchen, welche sich von einem zum anderen Mal bilden, müssen entfernt werden auch beim Rasiren (welches nach Auspitz täglich vorzunehmen ist). Der Effect dieser Behandlung ist ein auffallender. Die Anwendung des scharfen Löffels ist ungefährlich und für die Patienten nicht sehr schmerzhaft, die etwa vorhandene Empfindlichkeit der Haut nimmt schon nach einigen Sitzungen erheblich ab.

Troizki (**25**) hat im vorigen Jahre Gelegenheit gehabt, 25 meist schwerere Fälle von Verbrennungen zu beobachten, von diesen gleichzeitig 16 Fälle nach einem Dorfbrande bei heftigem Winde, wo die Einwohner ihre Habe nur im Feuer retten konnten. In allen diesen 25 Fällen wurde ausschliesslich Natrum bicarbonicum in Anwendung gezogen. Die Resultate dieser Behandlung waren derart günstige, dass Troizki sich für berechtigt hält, dieses Mittel für das beste und wirksamste bei Verbrennungen aller Grade und Arten zu erklären. — Selbst bei ausgedehnten Verbrennungen 2. und 3. Grades hörte nach Anwendung von Compressen mit Sodalösung der Schmerz bald auf und erfolgte die Heilung der Wunden unter geringer Narbenbildung und ohne Behinderung der Function der afficirten Körpertheile. Ueble Zufälle, welche bei dieser ausgedehnten Anwendung des Natr. bicarb. auf eine Aufnahme von CO_2 ins Blut hätten deuten können, wurden nie beobachtet. Aus den 10 Fällen, welche Troizki genauer beschreibt, heben wir einen besonders schweren Fall hervor, in welchem die Verbrennung die halbe Körperoberfläche einnahm. Das ganze Ge-

sicht war der Epidermis beraubt, die Haare waren versengt, die vordere Fläche des Halses, Brust, Bauch und Fussrücken wiesen Verbrennungen 2. Grades auf, ausserdem wurden Verbrennungen 3. Grades an der rechten Brustdrüse und dem rechten Vorderarm constatirt, an dem alle Muskeln wie präparirt blosslagen. Die Wirkung einer Lösung von doppeltkohlensaurem Natron auf diese Brandwunden war eine glänzende: die Kranke fühlte sich bei Application derselben leidlich, die Heilung erfolgte in 4 Wochen, nur die Brandwunden der rechten Brustdrüse und des Vorderarmes nahmen zwei Monate zu ihrer Verheilung in Anspruch. Die nachbleibenden Narben waren unbedeutend und die Beweglichkeit der Finger fast normal.

Was die Anwendungsweise des Natr. bicarb. bei Verbrennungen anbelangt, so unterscheidet Troizki drei Methoden: 1. Aufstreuen von Sodapulver auf die verbrannten Stellen; 2. Application von Leinwandlappen, welche mit einer Lösung von Natron bicarb. (1 : 50) benetzt sind. Sobald diese Lappen austrocknen, werden sie durch andere ersetzt oder von Neuem in der erwähnten Lösung befeuchtet; 3. Application von ebenso getränkten Leinwandlappen, wobei dieselben aber beständig, ohne zu wechseln, auf den Brandwunden liegen bleiben und durch Aufgiessen der obigen Lösung stets feucht erhalten werden.

Die erste Methode genügt nur für Verbrennungen 1. Grades. Das Wechseln der mit der Sodalösung befeuchteten Lappen passt besonders für Verbrennungen 3. Grades, bei starker Eiterabsonderung. Beim Wechseln der trocken gewordenen Leinwandlappen muss der unter denselben sich anhäufende Eiter, damit er nicht ins Blut aufgenommen werde, sorgfältig abgewaschen und dann auf die reine Granulationsfläche ein neuer mit der Sodalösung befeuchteter Lappen gelegt werden. Die dritte Methode wird ausschliesslich bei Verbrennung 2. Grades angewandt. Das Wechseln der Compressen würde in diesen Fällen nur die blosgelegte Oberfläche reizen und eine stärkere Eiterung hervorrufen, somit die Heilung verzögern.

Den wohlthätigen Einfluss des doppeltkohlensauren Natrons bei Verbrennungen erklärt Troizki durch die demselben eigene anästhesirende, antiseptische und desinficirende Eigenschaft, welche das Natr. bicarb. der sich leicht aus ihm entwickelten Kohlensäure verdankt.

Auch mit anderen antiseptischen und desinficirenden Mitteln hat Troizki Versuche bei Verbrennungen angestellt, aber die Ueberzeugung gewonnen, dass sie hinter dem Natr. bicarb. in ihrer Wirkung

weit zurückstehen. Auf grossen Flächen wäre die Anwendung einiger derselben (wie z. B. der Carbolsäure) überhaupt gefährlich; auf kleinen Flächen desinficiren dieselben zwar sehr gut die Wundsecrete die Vertheilung geht aber langsamer vor sich, als bei dem Gebrauch der Soda. Ausserdem bewirken dieselben auch nicht den für die Kranken so wünschenswerthen Grad von Anästhesie, wie derselbe bei Anwendung von Natrum bicarb. erreicht wird.

Miller berichtet (26) über eine Krankenhausepidemie von Erysipelas im Winter von 1879—80. Er beobachtete 20 Fälle, darunter 9 mit schwerem Verlaufe, 4 mit tödtlichem Ausgange. Unter den Genesenen befand sich ein Patient mit recurrirendem Erysipel 53 Tage, ein zweiter mit ausgedehnter Desquamation 42, ein dritter mit consecutiven Abscessen 40 Tage lang im Krankenhause, die leichteren, uncomplicirten Fälle verliefen durchschnittlich in 10 Tagen. Es handelte sich in 10 Fällen um einfache Erysipele, in 3 um phlegmonöse, in 6 um gangränöse; die letzteren wurden bereits mit Schorfen aufgenommen und verliefen in 4 Fällen tödtlich; sie fanden sich meist bei Potatoren.

Bemerkenswerth war die Neigung zu Rückfällen bei 6 Kranken, 4 derselben hatten einen, der 5. zwei und der 6. fünf Rückfälle, und zwar wurden die neuen Anfälle fast immer nach der Aufnahme eines Erysipelas-Kranken beobachtet; zuweilen wurde die Infection durch chirurgische Eingriffe begünstigt.

Mit Rücksicht auf diese Beobachtung verabreichte M. innerlich Antiseptica, und zwar zunächst Natron sulphocarbolicum in einer Dosis von 1·2 Grm. dreimal täglich, bis zu 1·8 Grm. zweistündlich, und glaubt insofern einen günstigen Erfolg erzielt zu haben, als dort, wo eine Neigung zu Rückfall hervortrat, entweder gar keine oder nur eine leichte Steigerung des Krankheitsprocesses, fast überall aber eine schnelle Genesung beobachtet wurde. In schweren Fällen mit hohen Temperaturen und fötiden Absonderungen wurde Chinin mit Carbolsäure (0·3 Chinin, 0·05 Carbolsäure, 0·25 Glycerin auf 30·0 Grm. Wasser pro dosi mit etwas Säure) verabreicht; es zeigte sich hierbei eine Verminderung in der Quantität und dem üblen Geruch des transsudirten Fluidum, sowie eine Abnahme der Temperatur und Pulsfrequenz, nur musste die Aufmerksamkeit stets auf das Auftreten von Symptomen von Carbolismus gerichtet sein. Ausserdem wurde in allen Fällen bei der Aufnahme ein starkes Purgans, Milchdiät und Liquor Ferri

verordnet, äusserlich Bohnenmehl und Watte applicirt. In leichteren Fällen zeigte sich schon nach wenigen Stunden eine zur baldigen Genesung fortschreitende Besserung, in den schwersten Fällen dagegen schien die Wirkung dieser Behandlung nur eine vorübergehende zu sein, während die Erkrankung im Allgemeinen ihren eigenthümlichen Verlauf nahm.

Zwei Kranke, die im Hospital mit offenen Abscessen unter antiseptischen Cautelen behandelt wurden, blieben von Erysipelas verschont, obwohl sie sich in nächster Nähe von Erysipelas-Kranken befanden, der eine sogar in einem Bette lag, in welchem ein solcher 3 Tage zuvor gestorben war.

M. theilt hierauf die Geschichte der 4 tödtlich verlaufenen Fälle mit und stellt zum Schluss folgende Sätze auf:

1. Das Erysipelas ist eine Infectionskrankheit, die nicht allein zu einer Alteration des Blutes, sondern auch der Gefässwandung führt, und zwar manifestirt sich dies unter Anderem: a) durch die starke Füllung der Gefässe; b) durch die Neigung zu Hämorrhagien, indem Incisionen stets profuse Blutungen zur Folge hatten; c) durch einen Mangel des Gefässtonus, möglicher Weise auch durch eine geringere Gerinnungsfähigkeit des Blutes, indem die Blutungen nur eine geringe oder gar keine Neigung zeigten, spontan oder auch auf Druck zu stehen; d) durch die günstige Wirkung, welche in leichtern Fällen ein starkes Abführmittel, wahrscheinlich durch Entlastung des Gefässsystems hervorbringt.

2. Die enge Beziehung, welche zwischen der gangränösen Form des Erysipelas und dem Alkoholmissbrauch besteht, ist vielleicht auf die dem Alkohol eigenthümliche gefässerweiternde Wirkung zurückzuführen, und da die Vasa vasorum dem gleichen Einflusse unterworfen sind, so muss die Einwirkung des Alkohol auf das Gefässsystem eine doppelt schädliche sein, sich aber am auffallendsten an denjenigen Geweben äussern, die, wie die Haut und das Unterhautgewebe, in ihrer Ernährung am unmittelbarsten von kleinen Gefässen abhängen. Daher muss auch die Blutfülle dieser letzteren und somit auch die Neigung zu Gangrän bei Potatoren eine grössere sein und das Aussehen der gangränösen Hautpartien ein dunkleres als sonst.

3. Die Invasion des Erysipelas-Contagium kann nicht in derselben Weise vor sich gehen, wie etwa die des Syphilisgiftes, so dass man annehmen könnte, dass es an gewissen Stoffen im Körper Nahrung

fände und nach Consumtion desselben sich erschöpfte, weil hierbei das Auftreten von Rückfällen nicht zu erklären wäre.

Seit Jahren hat Rothe (27) zweistündige Bepinselungen der entzündeten Fläche und der Umgebung des Erysipels mit folgender Mischung von Carbolsäure und Terpenthinöl angewendet: Acid. carbol. cr., Spir. vini āā 1,00, Ol. terebinth. 2,00; Tct. jodi 1,00, Glycerini 5·00, und hatte Ursache, mit dem Erfolg sehr zufrieden zu sein. Die Applicationen sind durchaus schmerzlos und erregen nicht einmal Brennen der Haut. Gewöhnlich findet sich letztere schon am nächsten Tage gerunzelt und blass. Das Weiterschreiten der Röthung und Geschwulst wird zwar so wenig, wie durch irgend ein anderes Mittel sicher verhütet, die neu ergriffene Stelle aber kehrt unter derselben Application ebenfalls rasch zur Norm zurück, so dass der Verlauf einer gewöhnlichen Gesichtsrose in der Regel in 3—4 Tagen vollendet ist. Die zweistündlich überpinselten Stellen werden mit einer ganz dünnen aufgefaserten Schicht feiner Verbandwatte bedeckt. Bei hohem Fieber, Gastricismus werden dabei natürlich die angezeigten Mittel: Digitalis, Chinin, ein Brechmittel etc. in Gebrauch gezogen. — Der Verlauf war immer ein gleichmässiger und Todesfälle sind Verf. nicht vorgekommen, obgleich er vor Kurzem in einem Falle drohende Erscheinungen von Meningitis beobachtete.

Bei einem 40jährigen Schneider fand Verf. die ganze linke Gesichtshälfte, die Ohren und die Kopfschwarte roth geschwollen und schmerzhaft bei ziemlich hohem Fieber. Er verordnete Digitalis und die Pinselungen. Am nächsten Morgen sass der Mann aufrecht im Bett, mit verengten Pupillen regungslos vor sich hinstarrend, in der einen Hand ein Stück Brot fest umklammernd, die Geschwulst im Gesichte fast verschwunden, statt des linken das rechte Ohr ergriffen und die Kopfschwarte am Hinterhaupt geschwollen. Auf Anreden keine Antwort und kein Zeichen des Verstehens des Gesagten. Die Arme und Hände, selbst der Kopf verharrten regungslos, wie im kataleptischen Zustande, in jeder ihnen gegebenen Stellung; Puls 50, voll, Temperatur 39·7°, Zunge belegt. (Digitalis-Wirkung? A.) — Verf. verordnete behufs kräftiger Ableitung auf Darm und Haut sofort 1,00 Calomel trocken auf die Zunge und liess 5,00 Mercurialsalbe mit 2,00 Tart. stib. in den Nacken einreiben. Nach 3 Stunden war der Kranke nach einer reichlichen Stuhlentleerung so weit bei Besinnung,

dass er auf Fragen antwortete. Er konnte sich auf das Vorhergegangene nicht besinnen und klagte über Eingenommensein des Kopfes. Die Pinselungen wurden regelmässig fortgesetzt und 0,60 Chinin verabreicht. Am folgenden Tage waren alle bedenklichen Symptome geschwunden.

Angioneurotische Dermatosen.

28. **Robinson.** Die Diagnose der Rötheln. (Med. Times and Gaz. 16. Oct. 1880.)
29. **Blondeau.** Ueber einen Fall von Scarlatine fruste. (Société de médicine de Paris séance du 9. Oct. 1880. — Centralbl. f. klin. Med., Nr. 2. 1881.)
30. **Koren.** Mittheilungen über Scarlatina. (Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1880.)
31. **Renaut.** Neue Untersuchungen über die Präpustulation und Pustulation der Pocken. (Annales de Derm. et de Syph. pag. 1, 1881).
32. **Weidenbaum.** Zur Therapie der Variola. (St. Petersb. med. Wchnsch. 6, 1881.)

Robinson (28) gibt eine kurze Schilderung der Rötheln nach eigener Erfahrung in zwei Röthelepidemien. Die Incubation ist verschieden lang, meist dauert sie 6—7 Tage. Darauf steigt die Temperatur nach leichtem Frösteln rasch an, während sich zugleich Husten, Halsschmerzen, Thränen der Augen, Kopfweh bei Erwachsenen, Krämpfe bei Kindern, Uebelkeit und zuweilen starkes Erbrechen einstellen. Am zweiten Fiebertage zeigt sich der Ausschlag auf Hals und Brust, dann auf Stamm, Gesicht und Extremitäten. Er besteht aus verschieden grossen, merklich erhabenen Flecken, die alsbald zu grösseren confluiren, von hellerer Farbe als Masernflecken sind und beträchtlich jucken. Der Ausschlag schwindet bereits wieder am nächsten Tage, selten einen oder zwei Tage später mit geringer, oft kaum merklicher Desquamation. Der Puls erreicht 120 oder 130 und mehr und fällt rasch mit der Temperatur ab. Diese ist zuerst sehr hoch, bis 103 bis 104° F. (40—40·5° C.), und sinkt gewöhnlich mit dem Verschwinden des Ausschlages, bleibt nur in jenen Fällen höher, in denen die Halssymptome stärker hervortreten. Quälender harter Husten, oft ein

schwerer Bronchialkatarrh, Niesen und Thränen begleiten die Eruption, doch kein bedeutender Schnupfen. Die leichten Fälle gleichen Masern mit Halsschmerzen und Schwellung der Cervicaldrüsen; die schwereren Scharlachangina mit den Brustsymptomen und dem Ausschlag der Masern. Aber selbst in diesen Fällen tritt nie Abscedirung der geschwollenen Drüsen, Albuminurie oder Hydrops ein. Tödtlicher Ausgang kommt selten und nur in Folge von Complicationen mit Bronchitis oder Pneumonie vor. Die Rötheln unterscheiden sich von Masern durch die Halsschmerzen, Schwellung der Halsdrüsen und das frühzeitige Auftreten des Ausschlages, von Scharlach durch die katarrhalischen Symptome, die Art des Ausschlages und seiner Abschuppung und den Mangel der gewöhnlichen Scharlachcomplicationen. Sie sind deshalb als selbstständige Krankheit aufzufassen. Unna.

Blondeau theilt (**29**) eine besondere Form von Scarlatina mit, die Trousseau als „Scarlatine fruste" bezeichnet hat: Ein starker Knabe von 7—8 Jahren, dessen 2 Jahre altes Schwesterchen einige Tage vorher eine Scarlatina levis acquirirt hatte, bekommt plötzlich Kopfschmerz, Schmerz in der Nierengegend, Erbrechen und heftiges Fieber. Dabei weder Angina, noch belegte Zunge, noch irgend eine Eruption auf der Haut. 2 Tage nachher steht der Kranke wieder auf und ist ganz wohl. Er klagt nur über einen Schmerz im Ellbogengelenk. Der Harn ist ganz blutig tingirt, der Kranke legt sich wieder zu Bette, und 48 Stunden nachher ist der Urin wieder ganz normal, der Schmerz im Ellbogengelenk ist verschwunden, und es ist eine vollständige Heilung eingetreten. Verf. hält diesen Fall für eine Scarlatine fruste, die sich blos, abgesehen von den Prodromalsymptomen, durch eine Hämaturie manifestirt hätte.

Koren gibt (**30**) einen Bericht aus den Lazarethen für Scarlatina während einer Epidemie in Christiania in den Jahren 1875—77. Der Bericht berührt 426 Fälle. Das Alter, welches am stärksten repräsentirt war, ist das 1., 2., 3. und 4. Das Mortalitätspercent war 14·55. K. kann mit ziemlicher Sicherheit den Zeitpunkt der Infection von 3 Fällen angeben und bei allen diesen war die Incubationszeit 3 Tage (72 Stunden). Bei den complicirten Fällen liess das Fieber im Laufe einer bis anderthalb Wochen nach. Dauerte dasselbe über diese Zeit, dann glaubt K. immer locale Ursachen nachweisen zu können. In allen

Fällen, wo die Krankheit einen tödtlichen Ausgang nahm, gesellten sich andere Ursachen dazu, hauptsächlich Angina diphtheritica, Stomatitis, Pneumonie, Meningitis etc.

Das Fieber wurde hauptsächlich mit Salicylsäure (1 : 350) und Bädern behandelt. In allen stärkeren Fieberfällen hat der Verf. Bäder von 35° C. gegeben ohne Zusatz von kaltem Wasser während des Aufenthaltes des Patienten, der wenigstens von halbstündiger Dauer war. Die Temperatur des Wassers stieg dabei $^1/_2$—1°, während die des Pat. gewöhnlich um 1—2° fiel. Im Ganzen genommen meint K., dass die Bäder nach Umständen lauwarm und warm (bei drohendem Collaps), wenn sie im Anfange des Fiebers angewendet werden, das wirksamste Mittel gegen die Krankheit abgeben. Was das Exanthem anbelangt, hat er nichts Neues mitzutheilen. Das miliare Exanthem wurde häufig beobachtet, mitunter waren die Vesikel gross, mit Eiter gefüllt und über den ganzen Körper verbreitet, doch nie auf der Wange und den Lippen. Wenn die Vesikel erschienen, trat in der Regel eine günstige Wendung im Verlaufe der Krankheit ein. Auf dem Ulnar- und Radialrand der Hände wird oft eine sehr charakteristische, gezackte und abgegrenzte Linie gebildet, weil die Desquamation früher auf dem Dorsum als in der Vola manus beendigt ist.

Die bedenklicheren Formen von Affectionen in den Fauces hält Vf. für eine Nekrose als eine directe Folge der Intensität der Scarlatina, und nicht für eine wahre Diphtheritis, und ist überhaupt derselben Meinung wie Henoch. Diese seine Meinung stützt er auf Folgendes:

1. Auf das anatomische Verhältniss, indem die Angina bei Scarlatina genau mit dem Lymphgefässsystem zusammenhängt, während die Diphtheritis allein eine Krankheit der Schleimhaut ist. Hierzu werden noch als Illustration mehrere Sectionsberichte angeführt.

2. Darauf, dass zwei infectiöse Krankheiten sehr selten bei demselben Individuum auftreten. Von den 426 Fällen hatten überdies 125 Necrosis faucium, und doch fand man zu dieser Zeit keinen einzigen Fall von Diphtheritis in Christiania.

3. Trat nie eine diphtheritische Lähmung ein.

4. Bei Diphtheritis faucium sieht man gleich die diphtheritische Membran; die nekrotischen Schorfe bei Scarlatina zeigten sich in der Regel erst nach einer mehrtägigen und zunehmenden Angina.

5. Endlich geht der nekrotische Process nicht weiter herunter in den Larynx.

Die Scarlatina war oft (27 Fälle) mit Gelenkentzündung complicirt, dieselbe ging aber nie in Suppuration über. Dreimal wurden bei der Gelenkentzündung bei der Auscultation Abnormitäten des Herzens vorgefunden. Petersen.

Renaut verwahrt sich in einer Abhandlung über die Pocken-Efflorescenzen (31) zunächst gegen die von Leloir ihm zugeschriebene Behauptung, dass er das Netz der Bläschen und Pusteln aus der blasigen Erweiterung des Kernes, wie diese bei Blasen von ihm beobachtet sei, abgeleitet habe. Im ersten papulösen Stadium findet Renaut ein Oedem der Cutis mit starken Ausbuchtungen der Lymphcapillaren, welches durch Druck auf die Blutcapillaren die vollständige Füllung derselben im Bereiche der pathologisch afficirten Gefässkegel der Haut verhindert. Das zweite Stadium ist das der Entwicklung der Stachelschicht zu einem den vegetabilischen Zellencomplexen ähnlichen Netzwerke, welches noch rein epidermoidaler Natur ist. Das Netzwerk kommt durch zwei verschiedenartige Processe zu Stande. Im oberen Theile der Stachelschicht unterhalb der Körnerschicht greift die von Leloir beschriebene „Altération cavitaire“ Platz (Bildung einer hellen, sich vergrössernden Zone rings um den Kern), im unteren Theile desselben jedoch eine „trübe Schwellung“ (Tuméfaction troublée) der direct auf die Cylinderzellen folgenden Lagen. Der Kern färbt sich hier schlechter, das Protoplasma wird zuerst um den Kern, dann auch peripherisch trübkörnig (grenu), die Zellen lösen sich leicht von der Kittsubstanz und von einander in toto ab. Diese beiden Processe (Altération cavitaire oben und Tuméfaction troublée unten) greifen verschieden weit zwischen einander ein und kennzeichnen das zweite Stadium der Präpustulation, der Vorbereitung für die Pockenhöhle (das Stadium der Präpustulation trifft zeitlich zusammen mit jenem des von mir sog. Pockenkörpers bei den Pocken der Fusssohle. U.). Die trübe Schwellung ist eine Nekrose der tiefsten Stachelzellen, welche mit der Freilegung des übrig bleibenden Netzes von Kittleisten endigt. Da dieser Vorgang sich hauptsächlich im Centrum der Pocken findet, während die seitlichen Partien wie die oberen mehr die zur Altération cavitaire führende starke Schwellung eingehen, so resultirt ein Zurückbleiben der Mitte, welches Renaut für die hauptsächliche Ursache der Nabelung beim Beginne der Pocken ansieht. (Also ähnlich wie Auspitz und Basch. U.) Ausser den beschrie-

benen Processen gewahrt man jedoch in dieser Periode noch eine bisher völlig unbeschriebene Art von runden, glänzenden, sich in Eosin und Hämatoxylin rasch und schön färbenden Mikroorganismen und zwar in den Zellen, welche sich zur Altération cavitaire anschicken. Dieselben vermehren sich während der Vergrösserung der Zellen beträchtlich und Renaut ist geneigt, ihnen eine Hauptrolle bei der Erzeugung jenes netzbildenden Processes zuzuschreiben, ohne jedoch irgendwie die Frage nach ihrer Beziehung zum Pockengift zu berühren. Sie sind von den Bacterien Weigert's grundverschieden. Renaut hat in der feuchten Kammer Ketten von runden Sporen aus ihnen gezüchtet. Die Lymphe, welche nun in die präpustulöse Pocke hereinbricht, ist der Entwicklung dieser Sphaerokokken weniger günstig. Renaut beschreibt diese Invasion aus den Gefässen des Papillarkörpers und die darauf folgende theilweise Zerstörung des Netzwerkes in bekannter Weise, betont jedoch, dass zuerst gar keine weissen Blutkörperchen in die Maschenräume eindringen. Die Blutflüssigkeit wird durch die immer noch erhaltene unterste Cylinderzellenlage gleichsam filtrirt. So entsteht als drittes Stadium das Variolabläschen. Dasselbe geht dadurch in das der Pustelbildung über, dass auch die Cylinderzellenlage dahin schmilzt, weisse Blutkörperchen sich massenweise in die Maschenräume ergiessen und die bis dahin stockende Circulation einer excessiven, sich weit und tief über den Bezirk der Pustel hinaus erstreckenden Entzündungshyperämie und Exsudation Platz macht. Schon zur Zeit der Präpustulation finden in der Nachbarschaft der Pustel eigenthümliche Vorgänge statt, theils proliferirende, die sich durch Kern- und Zellentheilung kundgeben, theils Einwanderungen embryonaler Bindegewebszellen in die Stachelschicht. Die Schweissdrüsen sind während der Pustelbildung stark an dem variolösen Processe betheiligt. Die Knäuel finden sich von einer enormen Quantität Lymphe und weisser Blutkörperchen umgeben, das Epithel zeigt die Merkmale voller Activität, das gebildete Secret ist reichlich und klebrig; daraus erklärt sich die beständige Diaphorese während des Ablaufes der Pocken.

Unna.

Weidenbaum hatte (**32**) Gelegenheit, Fälle von Variola zu beobachten, deren auffallend günstiger Verlauf nach dessen Dafürhalten von der Anwendung der grauen Salbe abhing.

Verf. glaubt, dass es für die Therapie dieser Krankheit keine geringe Errungenschaft wäre, wenn Mittel gefunden würden, welche

den Exsiccationsprocess in der schon vorhandenen Pustel beschleunigten oder die Pustel in ihren ersten Anfängen (Knötchen) nicht zur weiteren Fortentwicklung kommen liessen, sie abortiv zu Grunde richten, indem sie den local entzündlichen Process (um das Knötchen) heben und das, wenn auch in geringerer Menge schon gesetzte Fluidum fortleiten und auf diese Weise auch dem gefahrdrohenden Eiterungsfieber vorbeugen. — Man glaubte diese Erwartungen an mancherlei innerlich gereichte Mittel knüpfen zu dürfen, wie an die Carbolsäure in grossen Gaben, oder das Ferri sesquichl., doch zeigten diese keinen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit.

Anders steht es mit den äusserlich angewandten Mitteln. Vor längerer Zeit schon hat Hebra darauf hingewiesen, dass, wo die Pockenpustel auf den Schleimhäuten zu weniger voller Entwicklung gelange, sie sich rascher ihres flüssigen Inhalts entledige und verkümmere, und hat diese Verschiedenheit der Entwicklungsweise der Blatternpustel, im Vergleich mit der auf der Oberhaut, der macerirenden Wirkung des alkalischen Schleimhautsecrets zugeschrieben und dem mangelhaften Zutritt der atmosphärischen Luft. Sich hierauf stützend, wandte er permanente Bäder von der Temperatur des Körpers der Patienten an, „um dadurch die Pockenefflorescenzen zu maceriren, die Entleerung ihres Inhalts zu begünstigen und den Zutritt der atmosphärischen Luft zu behindern, wodurch auch Zersetzung des Contentums der Efflorescenzen unmöglich gemacht wird". — Gross (Wien. med. Wochensch. 1869) gab seinen Patienten ein laues Bad, liess sie mit flüssiger Kaliseife abwaschen und bedeckte den Körper mit Leinwandläppchen, die in Glycerin getaucht waren, um die Exosmose aus den Pusteln zu beschleunigen. — Revillod (Gaz. des hôp. 1872) fand eine Mischung von Glycerin und Stärkemehl wegen des beschleunigenden Einflusses auf die Exosmose nützlich und erlangte die besten Heilresultate bei einem Pflaster aus 20 Thl. Ung. cinereum, 10 Thl. Seife und 4 Thl. Glycerin, mit welchem er die kranken Partien bestrich, wobei er unter der undurchdringlichen Schicht die Heilung sich in schnellster Zeit vollziehen sah. — Zu erwähnen wäre hier noch das Empl. mercurial. de Vigo, das nach Serres, Briquet u. A. die Variolapustel abortiren machen oder nach Hebra zur Erweichung bringen soll.

Gestützt auf diese Erfolge, glaubte Verf. allen Forderungen zu genügen, indem er das von Revillod empfohlene Pflaster zu einer

dem erstrebten Ziele mehr entsprechenden Salbe umformte und mit derselben den ganzen Körper des Kranken, wo auch die Efflorescenzen aufgetreten sein mögen (mit Ausnahme der Schleimhäute) dreimal täglich einreiben liess. Die Salbe hatte folgende Formel: Rp. Ung. ciner. 9,0, Sapon. Kalin. 17,0, Glycerini 35,0, f. unguent.

Die Salbe wurde in 17 Fällen von 18 angewandt (im 18. nicht, weil bei diesem mit hämorrhagischen Blattern behafteten, mit Blutungen aus Mund und Nase, eine andere und vornehmlich innere Behandlung mit Chinin und Säure indicirt war und derselbe schon am dritten Tage zu Grunde ging). Alle 17 Fälle zeigten das Uebereinstimmende, dass in den vorhandenen Knötchen ein Stillstand in ihrer Entwicklung eintrat, dieselben sich nicht zu Bläschen ausbildeten, sondern atrophirten, die vorhandenen Bläschen sehr bald zusammenschrumpften, runzlich wurden und schwanden, die Eiterpusteln ebenfalls, doch langsamer, ein runzliches Ansehen erhielten und ihr Inhalt einzutrocknen begann. Gleichzeitig mit diesen Vorgängen auf der Haut nahm das Fieber an Intensität ab und das Wohlbefinden der Patienten zu. Die Salivation war in keinem Falle bedeutender und langdauernder als sie bei der Variola gewöhnlich zu sein pflegt. Besonders instructiv waren 3 Fälle von Variola vera, die 3 Kinder im Alter von 6, 8 und 11 Monaten betrafen und alle mit Genesung endeten. Diesen Kindern hatte Verf. neben der Salbe noch eine Mixtur von Dec. Altheae mit Laud. liquid. Sydenham., 2—4stündlich zu 1 Theelöffel voll verordnet. (17 Fälle und so viel Sanguinismus! A.)

33. **van Harlingen**. Arznei-Ausschläge. (Arch. of Dermat. pag. 337, Oct. 1880.)
34. **Hampeln**. Ueber ein Arznei-Exanthem. (Petersb. medic. Wochenschr. 1881.)
35. **v. Ziemssen**. Ueber Erythema nodosum. (Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVII. 31, p. 339. 1880.)
36. **Lutz**. Ueber einen Fall von Erythem. (Privatmittheilung an Prof. Auspitz.)
37. **Vidal**. Ueber Urticaria. (Union médicale Nr. 25, 1880.)
38. **Mackenzie**. Ueber Urticaria pigmentosa. (Med. Times and Gazette, London, Nr. 1556, 1880.)

39. **Mitchell.** Elektrolytische Behandlung der Acne rosacea. (Cincinnati Lancet and Clinic, Nov. 13. 1880. — St. Petersb. medicinische Wochenschr. 7. 1881.)

van Harlingen gibt (**33**) eine Uebersicht der bisherigen Literatur der Arznei-Exantheme und ordnet dieselbe nach den Stoffen in alphabetischer Form:

Arsenik. Sichergestellt sind a) Dermatitis erysipelatosa, besonders des Gesichtes und der Augenlider, häufig von vesiculärer Form (Imbert-Gourbeyre); b) papulöse Eruptionen, papulösen Syphiliden ähnlich, besonders an Kopf und Händen (Imbert-Gourbeyre); c) Urticaria; d) vesiculäre und herpesähnliche Eruptionen; e) pustulöse, ulceröse und gangränöse Processe, wahrscheinlich nur nach toxischen Dosen; f) eine eigenthümliche Pigmentirung (Gubler).

Belladonna. a) Ein scharlachartiges Erythem ist die häufigste Form und kommt auch nach localer äusserer Application vor; b) seltener sind erythemato-papulöse Eruptionen.

Brompräparate. Die häufigste Wirkung ist die Entstehung von a) Acne ähnlichen, papulo-pustulösen Efflorescenzen; dem Furunkel, dem knotigen und quaddelförmigen Erythem gleichende, später meist ulcerirende Formen sind nur Abarten dieser Grundform; b) Erythem (Veiel); c) Eczem (Voisin); d) bullöse Eruption (Wigglesworth); e) warzenähnliche Gebilde (Veiel); f) Seborrhöe (Veiel); g) eine maculo-papulöse fieberhafte Eruption (Duhring).

Cannabis indica. Hyde beschrieb allein eine juckende, vesiculöse Eruption, bei welcher die Bläschen aus Papeln entstanden.

Chloral. a) Die gewöhnliche Form ist ein scharlachähnliches, in grösseren Flecken auftretendes, stark juckendes Erythem (Martinet, Mayer, Scheele); sie wird häufig begleitet von einer b) Urticaria; Litten und Arndt beobachteten c) eine universelle papulöse Eruption; nach länger fortgesetztem Gebrauch treten auch versiculäre, pustulöse und hämorrhagische Eruptionen auf (Kirn, Crichton, Browne).

Copaiva. Am häufigsten ist ein Erythema papulatum oder eine Roseola, die bald nach dem Genusse auftritt; doch kommen auch Erytheme, vesiculöse, quaddelartige und grossblasige (Hardy) Ausschläge vor, die sämmtlich von einem charakteristischen, unangenehmen Geruche nach ausgeschiedenen Copaiva-Bestandtheilen begleitet sind.

Cubeben. Diese geben viel seltener Veranlassung zu Eruptionen, die (Berenguier) einen erythematösen Charakter besitzen. Mauriac berichtet über einen Fall von Copaiva-Cubeben-Exanthem, welches ein circinäres mit Ecchymosen untermischtes Erythem darstellte.

Digitalis. Papulöses Erythem (Traube).

Jod. Ausser der längstbekannten Acne ähnlichen a) pustulösen Form des Jod-Ausschlages sind b) erythematöse (Bumstead und Taylor), c) vesiculöse (Berenguier), d) eczemähnliche (Mercier), e) bullöse (Hyde) und f) Purpura-Eruptionen (Fournier, Duffy) in grosser Anzahl bekannt geworden. „Die pustulöse Form erscheint zuweilen in aggregirter Form, als circumscripte phlegmonöse Dermatitis.“ Nach H. ist das Prophylacticum gegen Jod- (und Brom-) Ausschläge Arsenik (10 Tropfen [minim.] Solut. Fowleri mit jeder [! Ref.] Jod- oder Bromdosis). Paget empfiehlt aromatic spirits of ammonia, Fournier zur Verhütung der Purpura-Ausschläge die Verabreichung der Jodpräparate in Rothwein. (Zu letzterem Zwecke ist jedenfalls das Rationellste, statt Jodkalium und Jodammonium nur Jodnatrium zu verordnen, da sowohl Duffy als Ringer fanden, dass bei denselben Personen letzteres gut vertragen wurde, während die ersteren regelmässig Jodpurpura zur Folge hatten. Anm. des Ref.)

Quecksilber. Die auf dieses Mittel zu beziehenden Fälle von Exanthemen sind relativ spärlich (und von anderen Forschern mit Recht bezweifelt. Ref.). Es waren stets scharlachähnliche, juckende und später schuppende Ausschläge, zu denen sich hin und wieder Blasen, Pusteln und Phlegmonen gesellten. (Da die erste mustergiltige Beschreibung aus der Zeit der Quecksilberverfolgung stammt [Alley], als die Aufmerksamkeit noch nicht auf Opiumexantheme gerichtet war, die beschriebenen Exantheme aber den Opiumexanthemen auffällig ähnlich sind und beide Mittel von je combinirt wurden, so ist eine besondere Vorsicht nöthig bei Aufnahme älterer Angaben. Ref.)

Morphium, Opium. Am häufigsten führen diese Stoffe zu einem scharlachähnlichen, juckenden, die Beugeseite bevorzugenden Erythem mit nachfolgender Abschuppung. Auch Urticaria kommt in ihrem Gefolge vor.

Phosphorsäure. Hasse konnte einen Blasenausschlag auf den Genuss von Phosphorsäure zurückführen.

Chininpräparate. Den Haupttypus bildet ein scharlach- oder masernähnliches Erythem des ganzen Körpers mit nachfolgender Ab-

schuppung. Seltener kommt ein Erythema papulatum oder multiforme vor, dann meist mit Oedem und sehr lästigem Brennen und Jucken. Ausserdem sind vesiculöse, bullöse und hämorrhagische Eruptionen beobachtet; endlich Dermatitis mit Gangrän (Schuppert). Hin und wieder wird bemerkt, dass der Ausschlag eine Vorliebe für die Gegend der Genitalien zeige.

Salicylsäure. Die bisher seltenen Fälle bestanden theils in Urticaria (Heinlein), theils in einem Bläschenausschlag (Wheeler), theils in Petechien (Freudenberg).

Santonin. Sieveking beobachtete einen quaddelartigen Ausschlag bei einem Kinde.

Theer, Carbolsäure, Terpenthin, Rosin, Petroleum. Am besten constatirt ist die Wirkung des Terpenthins, ein den Oberkörper bevorzugendes Erythem, welches mit starkem Jucken verbunden ist und hin und wieder von zahllosen Bläschen oder kleinen Papeln begleitet wird.

H. enthält sich vorderhand noch jeder Theorie der Arzneiausschläge und verwirft die Behrend'sche (s. diese Vierteljsch. pag. 328, 1880) als unzureichend, da sie das häufige Auftreten von Blutungen nicht erkläre und da die Jod- und Bromausschläge wegen ihres häufig exanthematischen Charakters nicht von den andern zu trennen seien.

Unna.

In einem von Hampeln (34) beobachteten Falle hat das benzoësaure Natron ein scharlachähnliches Exanthem hervorgerufen.

Der Fall betraf ein 8jähriges Kind, das eine Scharlacherkrankung bereits überstanden hatte. Das Kind erkrankte an einer Tonsillitis, die H. als eine ungefährliche Mycose beurtheilte. Es wurde benzoësaures Natron verordnet, stündlich 0,3 am Tage, in der Nacht dreimal zu 0,6. Am anderen Tage zeigte sich ein scharlachähnliches, juckendes Exanthem ohne Störung des Allgemeinbefindens. Nach 24 Stunden war von dem Exanthem nichts mehr zu sehen; Desquamation trat nicht ein. In Anbetracht des ungestörten Allgemeinbefindens des Kranken, seines Contrastes mit der In- und Extensität des Exanthems, mangelnder anderer Localsymptome des Scharlachs; in Anbetracht ferner des Exanthems, welches wegen seiner Gleichmässigkeit sich von der meist feingefleckten Scharlachröthe unterschied; endlich des Umstandes, dass der Knabe vor 5 Jahren den Scharlach durchgemacht hatte, zögerte H. nicht, ein Arznei-Exanthem zu diagnosticiren,

entstanden nach dem Verbrauch von etwa 5,0 Natron benzoicum in ca. 20 Stunden. Um einen entscheidenderen experimentellen Beweisgrund zu gewinnen, verabfolgte H. dem Knaben, mit Einwilligung der Eltern, am Tage, nachdem das Exanthem geschwunden war, nochmals das Benzoat zu 0,3 stündlich. Schon am Abend stellte sich das Erythem wieder ein, diesmal nicht diffus, sondern in mehreren, handgrossen Flecken. Das Mittel wurde am Abend ausgesetzt und war am anderen Morgen das Exanthem wieder verschwunden.

Ziemssen (**35**) ist der Ansicht, dass es sich bei dem Erythema nodosum um Blutergüsse in das Unterhautgewebe handle, für deren Entstehung mechanische Einwirkungen auf die Gefässbahnen vielleicht unter Vermittelung von thrombotischen Vorgängen um so wahrscheinlicher seien, als die Affection vorwiegend an den unteren Extremitäten und bei Personen vorkäme, welche, der dienenden Classe und dem Arbeiterstande angehörend, im Stehen zu arbeiten, durch ihren Beruf gezwungen würden. Die Bezeichnung Erythema sei unzweckmässig, da die Hautröthung nur eine secundäre sei. Auch die von Hebra gewählte Bezeichnung Dermatitis contusiformis decke den pathologischen Vorgang nicht vollkommen, da der primär entzündliche Charakter der Affection weder erwiesen, noch wahrscheinlich sei, und es sich primär doch wohl nur um einen circumscripten Bluterguss in das Unterhautgewebe handle.

Alban Lutz (Privatmittheilung an Prof. Auspitz aus München) berichtet über einen Fall von Hauterkrankung (**36**), ähnlich dem von Goltz unter dem Titel Erythem seiner Zeit mitgetheilten Falle (s. diese Vierteljahresschr. pag. 556, 1880).

Ein in den Vierziger Jahren stehender, gesund aussehender Eisenbahnconducteur bekommt plötzlich unter heftigem Jucken starke Anschwellung und Röthung der Handrücken. Ferner haben sich ähnliche plötzliche Anschwellungen an den Fusssohlen und über den Augenbrauen eingestellt und bereits zweimal kam plötzlich eine so heftige Anschwellung der Zunge, dass Patient nicht blos nicht sprechen, sondern auch den Mund nicht mehr schliessen konnte, indem die Zunge grösser wurde, als der für sie bestimmte Raum gestattete.

Der Ref. hält die Affection für eine centrale vasomotorische Neurose. Da der Patient, der im Uebrigen bei seinen Anfällen nie

den Dienst ausgesetzt hat, über einen Druck in der Hinterhauptgegend von einem Proc. mastoid. zum anderen klagt, so könnte wohl in dieser Gegend der centrale Herd sein. Ob rheumatische Einflüsse im Spiele sind, möchte L. nicht behaupten, hält es aber für wahrscheinlich. Eine eigentliche Hautkrankheit kann man die Affection sicher nicht nennen. Am ähnlichsten wäre sie immer noch mit Urticaria. Patient leidet ferner oft an Diarrhöe und Leibschmerzen Morgens nach dem Kaffee.

Vidal fand (**37**) bei Urticaria die tief- wie die oberflächlich liegenden Gefässe der Haut entsprechend den Quaddeln stark erweitert und mit Blut überfüllt, die Gefässwände zeigten aber keine Veränderung. In der Umgebung der Blutgefässe gleich der der Lymphgefässe waren weisse Blutkörperchen in grösserer Menge angehäuft, aber auch ausserhalb der Gefässrayons fehlen sie nicht; man konnte sie z. B. auch in den Bindegewebsmaschen der Cutis, in den sonst normalen tieferen Schichten der Epidermis, beziehungsweise des Epithels finden; ihre Quantität war aber hier unbedeutend.

Anders verhielt sich die Sache bei der sogenannten Urticaria vesicularis, wo V. in den mittleren Lagen des Epithels Serum angesammelt fand, welches die Epidermis in Form von Bläschen emporhob und zahlreiche Epitheltrümmer suspendirt enthielt, wo ferner die tiefer liegenden Schichten des Epithels und das subcutane Bindegewebe unter der Blase sich durch einen ziemlich reichlichen Gehalt an Wanderzellen auszeichneten.

Die Epithelzellen erschienen an einer solchen Stelle körnig getrübt, granulirt.

V. erklärt die Urticaria für das Resultat einer circumscripten Lähmung der vasomotorischen Nerven der Haut, welcher möglicherweise ein rasch vorübergehender Reizzustand vorausgehe. Die Lähmung hat dann nach ihm eine Congestion, Verlangsamung der Circulation und Auswanderung der weissen Blutkörperchen, Exsudation von Serum — die Quaddelbildung zur Folge.

Mackenzie (**38**) fand einen Fall von chronischer, richtiger gesagt, recidivirender Urticaria, welcher ein 15 Monate altes, sonst stets gesundes Kind betraf, und sich durch Bildung von bräunlich-gelben Quaddeln auszeichnete.

Die erste Eruption fand angeblich kurz (3 Tage) nach der Geburt ohne jede nachweisbare Ursache statt, die letzte, die M. beobachtete, ist angeblich in Folge von Reinigung, Waschen, mechanischer Irritation der Haut, zu Stande gekommen.

Die hierbei zum Vorschein gekommenen Quaddeln waren über die Brust, den Bauch, den Rücken und die Extremitäten zerstreut, erbsen- bis kreuzergross und von fleischrother und bräunlich-gelber Farbe, welch' letztere auch an frischen Effloreszenzen zu beobachten war (Austritt von Blutfarbstoff. A.) und nach Reiben und Kratzen in einen rothen Teint, bisweilen auch in Bläschenbildung überging.

Nach Mitchell (**39**) werden zur Behandlung der Acne rosacea beide Pole einer Batterie von 20 Elementen (Siemens) mit metallischen Nadelelektroden fest armirt und die Nadeln in verschiedene Stellen der erweiterten Gefässe der Acne rosacea eingeführt; am negativen Pole ist das Geräusch der bei der Galvanisation sich entwickelnden Gase hörbar. Die Nadeln dürfen nicht länger als eine halbe Minute liegen bleiben und werden dann an einer anderen Stelle eingestochen, die Sitzung darf nicht länger als 5 Minuten dauern und kann nach 4—5 Tagen wiederholt werden. In den 7 Fällen, welche Vf. anführt, war vollständige Heilung in sechs, Besserung in einem Falle eingetreten; letzterer recidivirte später in Folge von Excessen in Baccho. Die Zahl der Applicationen schwankte zwischen 8—12 und wurde zuweilen nur die Kathode mit der Nadel armirt, während die Anode eine gewöhnliche Schwammelektrode trug.

Neuritische, Stauungs-, hämorrhagische Dermatosen und Idioneurosen der Haut.

40. Leloir. Beitrag zum Studium der trophischen Hautaffectionen. (Archives de Physiologie 1881. Sep.-Abdr.)

41. Schuster. Elephantiasis der Nase. (Prag. med. Wochenschr. Nr. 21, 22, 23. 1880.)

42. Marcacci. Fall von Elephantiasis venosa. (Giorn. Ital. delle malattie ven. et della pelle. 1880.)

43. Da Silva Lima. Ueber Ainhum. (Arch. of Dermat. pag. 367. October 1880.)

44. **Sorel.** Werlhof'sche Krankheit, nach einer Verletzung der Harnröhre aufgetreten. (Gaz. hebd. 2. Sér. XVII. 28. 1880.)
45. **I. Neumann.** Ist die Prurigo des kindlichen Alters eine heilbare Krankheit? (Wiener med. Blätter Nr. 51, 1880.)
46. **Roth.** Ueber Prurigo senilis. (Memorab. 5. Heft. 1881.)

Leloir (**40**) suchte in einer Arbeit über sogenannte „trophische Hautaffectionen" zunächst durch sorgfältigste Untersuchung zweier Individuen, welche während des Lebens niemals an Nerven- oder an Hautkrankheiten gelitten hatten, die Richtigkeit des Satzes darzuthun, dass unter diesen Umständen auch die vorderen und hinteren Rückenmarkswurzeln keinerlei pathologisch veränderte Nervenröhren zeigen. Er wies ferner an einer grossen Zahl von Gesunden nach, dass normalerweise die Hautnerven ebenfalls sämmtlich frei von jedweder Degeneration sind. Auf der anderen Seite galt es, die Möglichkeit auszuschliessen, dass pathologische Veränderungen der Nerven im Allgemeinen nur secundäre Folgeerscheinungen der Hautaffectionen darstellten. L. untersuchte in dieser Beziehung genau 3 alte psoriatische Flecke, 3 Fälle von Lupus tuberosus, 5 Fälle von Ekthyma im Verlaufe des Typhus und 2 Fälle von cachectischem Ekthyma. In keinem Falle dieser zum Theile tiefgreifenden Störungen konnte eine Alteration der Nerven nachgewiesen werden. Dagegen fand nun L. in einigen Fällen von Vitiligo und Ichthyosis und gewissen Fällen von Ekthyma eine ausgesprochene Degeneration der Hautnerven, deren Werth für die Pathogenese dieser Krankheiten nach den ebengenannten Vorstudien unbestreitbar erscheint.

Im ersten Falle hatte sich die Vitiligo vom Penis aus über den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichtes und der Füsse verbreitet. Ein Stück Haut dem Lebenden entnommen, zeigte an den Nerven alle Veränderungen der atrophischen, degenerativen Neuritis (Schwund des Achsencylinders, Zerfall des Markes zu kleinen Tröpfchen, Anfüllung der Schwann'schen Scheide mit einer durch Picrocarmin braun gefärbten Masse, Proliferation der Kerne, schliesslich Ueberbleiben der leeren Schwann'schen Scheiden). Die Oberhaut war erheblich dünner als normal und zwar besonders durch Mangel der Körnerzellenschicht und einer eigentlichen Cylinderzellenschicht, so dass die ganze Stachelschicht durch 3—5 Lagen gewöhnlicher, nicht pigmentirter Stachelzellen repräsentirt wurde (Symptome des absoluten

Mangels an epidermoidalem Nachwuchs. U.) Auch die Cutis war verdünnt, die Gefässe dünner und spärlicher; die Schweissdrüsen dagegen waren normal, ihr Ausführungsgang durch Verdünnung der Haut abnorm geschlängelt. (Trotzdem war die Schweissfunction erheblich herabgesetzt!) Die Haarfollikel und Talgdrüsen waren atrophisch. In einem zweiten Falle von Vitiligo waren dieselben Veränderungen im letzten Stadium (leere Nervenscheiden) vorhanden. In der peripherischen braunen Zone, welche den weissen Fleck umgab, war die Cutis und Epidermis normal und nur die untersten Stachelzellen erschienen abnorm stark pigmentirt.

In zwei Fällen von angeborener, allgemeiner Ichthyosis serpentina fand L. denselben degenerativen Process an den Hautnerven ausgeprägt. Von den meisten erkrankten Nerven waren nur leere Scheiden vorhanden; wenige Nervenäste zeigten frühere Stadien der Veränderung. In einem dieser Fälle war es möglich, post mortem denselben Entartungsprocess auch in den Rückenmarkswurzeln desselben Individuums nachzuweisen und zwar zeigten sich die hinteren Wurzeln stärker ergriffen als die vorderen. Das Rückenmark wies nur die gewöhnlichen Greisenveränderungen auf, pigmentirte und atrophische Ganglien, besonders in den Vorderhörnern. Die Spinalganglien konnten nicht untersucht werden. L. ist geneigt, die Affection der hinteren Rückenmarkswurzeln mit der Ichthyosis in nächste Beziehung zu setzen. An der Haut constatirte L. eine mässige Hypertrophie der Papillen (? die vortreffliche Abbildung eines Schnittes lässt nur eine Hypertrophie der Stachelschicht mit Abplattung einiger, Verzerrung und Verlängerung anderer Papillen erkennen, wie Ref. es auch bei mehreren Fällen von Ichthyosis serpentina fand; eine „Hypertrophie" verlangt doch wenigstens eine gleichmässige Vergrösserung der Papillen. U.), Zusammenschiebung des Papillarkörpers zu papillomähnlicher Structur, Erweiterung der Papillargefässe, Verdickung der Cutis mit Schwund des elastischen und Muskelgewebes, geringe Atrophie der Schweissdrüsen und starke Verminderung, Atrophie und cystische Degeneration der Haarbälge und Talgdrüsen. Die Stachel- und Hornschicht zeigten sich verdickt, die Körnerschicht soviel mehr pigmentirt als die Stachelschicht, dass L. daraus auf ein Eindringen äusseren Staubes (poussières extérieures) schliesst. (? U.)

In zwei Fällen von Ekthyma im Verlaufe von Affectionen des Centralnervensystems war es L. möglich, dieselbe Entartung der

peripheren Nerven post mortem zu constatiren. Der erste Fall betraf ein 47jähriges Individuum, das unter Delirien und Coma zu Grunde ging und bei der Autopsie den gewöhnlichen Befund allgemeiner Paralyse neben bandartiger Sclerose der Hinterseitenstränge zeigte. Hier befanden sich die zu den Ekthymapusteln gehenden Hautnerven im ersten Stadium der Degeneration. In einem zweiten Falle von Ekthyma wurde neben chronischer Meningitis eine frische Hämorrhagie der rechten Hemisphäre gefunden. Hier wiesen die Hautnerven bei den frischen Pusteln die Anfänge, bei den abtrocknenden ein weiteres Stadium der Entartung auf.

Schliesslich verwahrt sich L. gegen die Annahme, als lege er sämmtlichen Eruptionen der genannten Formen einen trophoneurotischen Ursprung bei, da verschiedene Ursachen dieselbe Art von Efflorescenzen erzeugen könnten (Ekthyma), betont die Aehnlichkeit der gefundenen atrophischen Degenerationen mit denen, die nach experimenteller Nervendurchschneidung auftreten und hält es für wahrscheinlich, dass dieselben einer Veränderung der „trophischen Centren" zuzuschreiben sind, „welche der Ernährung der Hautnerven vorstehen". Die klinischen Bemerkungen, mit denen L. seine Ansicht von der neurotischen Natur der drei Affectionen stützt, sind im Original nachzulesen. Unna.

Schuster (41) berichtet über einen Fall von Elephantiasis der Nase, combinirt mit plexiformem Neurom und allgemeiner Neuromatose, welcher an der Klinik von Gussenbauer zur Beobachtung kam. Es handelte sich um einen 14jähr. Knaben, der sich in seinem 4. Lebensjahre durch einen Fall auf das Gesicht eine Contusion der Nase zugezogen hatte. Nachdem durch kalte Ueberschläge die acut aufgetretene Schwellung gehoben war, nahm die Nase gleichwohl im Laufe der Jahre stetig an Umfang zu.

Bei der Aufnahme in das Krankenhaus erschien dieselbe in allen Dimensionen derartig vergrössert, dass ihre Länge von der Glabella bis zur Spitze 8·2 Ctm. und die grösste Breite 6·3 Ctm. betrug. Ihre Begrenzung war nirgends deutlich sichtbar, ihre Oberfläche glatt, dunkler gefärbt und mit erweiterten Gefässen und reichlicher Lanugo bedeckt. Sie fühlte sich derb-elastisch an und liess hierbei kleine höckerige Unebenheiten erkennen. Nur an einzelnen Stellen war stärkerer Druck empfindlich. Die Nasenbeine waren verdickt, das Knorpelskelet anscheinend unverändert.

Es fanden sich ausserdem an Hals und Rumpf u. zw. sowohl an der Vorderfläche als an der Rückseite des letzteren, zahlreiche Pigmentflecke von verschiedenem Umfange und nicht symmetrischer Anordnung, sowie subcutan, zum Theil subfascial und symmetrisch gelegene schmerzlose Stränge und Knötchen, die aneinander gereiht, rundlich oder abgeplattet und linsen- bis erbsengross waren. Ein derartiger Strang verlief seitlich am Halse vom Proc. mastoid. am hinteren Rande des Kopfnickers bis zur Supraclaviculargrube hinab; es erstreckten sich ferner lange Reihen cylindrischer Stränge in den Sulci bicipitales beider Oberarme von der Achselgrube bis zur Ellenbeuge herab, sowie mehrere zu beiden Seiten im Mesogastrium von hinten oben nach vorn und unten verlaufend. Vereinzelte Knoten fanden sich am Rücken und in der Lumbalgegend, während sie in der Achselhöhle und Schenkelbeuge in Gruppen neben einander lagen.

Mit Rücksicht auf diesen Befund wurde die Diagnose eines mit multiplen Neuromen combinirten plexiformen Fibroneuroms der Nase gestellt.

Zur Beseitigung der Nasengeschwulst wurden keilförmige Stücke aus dem Nasenrücken, den unteren Partien der seitlichen Begrenzung der Nase und der häutigen Nasenscheidewand excidirt und die Wundränder vereinigt, wodurch eine dem Alter des Knaben angemessene Grösse der Nase erzielt wurde.

Marcacci referirt (**42**) über einen Fall von „Elephantiasis venosa“, der einen 50jähr. Mann betraf. Derselbe war wegen eines Pleuraergusses mit Gangrän des Scrotum und colliquativer Diarrhöe ins Krankenhaus gekommen und nach kurzer Zeit gestorben. Seit 16 Jahren hatte er an recurrirenden Erysipelen der Unterextremitäten mit zunehmender Verdickung derselben gelitten, die Volumszunahme des Scrotum hatte vor 7 Jahren begonnen; es besass einen Umfang von 1·68, einen Längendurchmesser von 0·5 und einen Breitendurchmesser von 0·59 Meter. Die Oberschenkel hatten einen geringeren Umfang als die Unterschenkel.

Bei genauerer Untersuchung der erkrankten Theile erwiesen sich die Lymphgefässe kaum erweitert, so dass es nicht einmal überall gelang, dieselben mit einer Injectionsflüssigkeit zu füllen. Von einer Blosslegung der Vasa afferentia der rechtsseitigen Inguinaldrüsen nahm man Abstand, da man sich überzeugt hatte, dass die letzteren ausser-

ordentlich klein und atrophisch waren, nur linkerseits liessen sich noch zwei Lymphdrüsen von der Grösse einer Linse, resp. einer Erbse erkennen. Unter dem Mikroskop konnte man weder an frischen, noch an gehärteten Präparaten Lymphgefässe nachweisen.

Dagegen waren die Gefässe, speciell die Venen, leicht erweitert, und in ihrer Wandung durch eine Hyperplasie der Adventitia getrübt; auch unter dem Mikroskop zeigten sich die Wandungen vieler Gefässe verdickt, ihr Lumen erweitert und stark mit Blut gefüllt.

Als weitere Befunde ergab die mikroskopische Untersuchung neben der gewöhnlichen Bindegewebshypertrophie eine beträchtliche Vermehrung des Pigments im Rete Malpighii, Verminderung oder gänzlichen Schwund des Fettgewebes, welches auf einzelne kleine Fettkugeln reducirt war, eine reichliche Anzahl intacter und verfetteter lymphoider Zellen in den serös durchtränkten Massen des Bindegewebes, sowie endlich streckenweise Abscesse im Unterhautgewebe. Haarbälge, Schweissdrüsen und Nerven befanden sich im normalen Zustande.

Während demnach im vorliegenden Falle die Lymphgefässe intact waren, erwiesen sich die Venen in hohem Grade erkrankt, sie waren, wie es Bouillaud bezeichnet, arterialisirt, so dass dieser Fall als Elephantiasis venosa bezeichnet werden kann, da die Verdickung der Venenwand mit Thrombusbildung die Ursache der Erkrankung bildete.

Da Silva Lima (**43**) hat 1867 in der Gazeta Medica da Bahia, November 13 und 15, als der Erste die Existenz von Ainhum unter den Negern Brasiliens nachgewiesen (siehe dieses Archiv pag. 289, 1870, Mittheilung von Ullersperger), und zieht die von den Negern selbst gegebene Bezeichnung ái-nhum (oder ányum), welches die Bedeutung von „sägen“ hat, allen anderen vor, sowohl den übrigen unter den Negern gebräuchlichen Namen, deren Sinn unbekannt ist, als den von Europäern erfundenen: Exérèse spontanée (Collas), Dactylosis essentialis (Beauregard), Guisila (corrumpirt aus dem portugiesischen guizilia mit der Bedeutung: Lepra mutilans). Die Aussprache lautet nach L. für Franzosen etwa: ágnoum, für Spanier: añum, für Engländer: ay-nyoon mit dem Accent auf der ersten Silbe (wird also wohl für uns Deutsche: ái-njum sein. Ref.). Nach den bisherigen Nachrichten existirt die Krankheit in Amerika nur unter Negern, in Afrika ist sie dagegen sehr verbreitet und weiter in Ostindien sicher an einzelnen Orten vorhanden. Sie

beginnt mit einer zuerst unvollkommenen, später vollkommenen, circulären Furche, welche eine Zehe, besonders die kleine, in der Höhe der Digitoplantarfurche allmälig im Laufe von 4—10 Jahren abschnürt. Der Furche entspricht eine strangförmige Verhärtung des Bindegewebes, welche eine Schwellung und fettige Entartung aller peripheren Gewebsbestandtheile der Zehe zur Folge hat. Schliesslich fällt die Zehe durch äussere Gewalt oder Gangrän ab. Seit des Verfassers erster Publication hat es sich gezeigt, dass nicht blos die kleinen Zehen einzeln oder beide erkranken können, indem 5 Fälle von Erkrankung anderer Zehen bekannt gemacht wurden. Die afrikanische Race zeigt eine besondere Prädisposition für diese Affection, Männer mehr als Weiber und die in Afrika mehr als die anderswo geborenen; speciellere Ursachen sind unbekannt; durch Barfussgehen ist sie nicht erzeugt. Zum Arzte kommen die Patienten, Amputationen wünschend, seltener in einem früheren Stadium der Erkrankung, wo die vergrösserte und abstehende Zehe zwar schon die Bewegungen des Fusses hindert, weil die Affection zuerst schmerzlos verläuft, als später, wenn die Zehe auf Druck oft so schmerzhaft wird, dass die Patienten jede Bewegung derselben ängstlich meiden. Die amputirten Zehen zeigen im späteren Stadium auf dem Durchschnitt die dritte Phalanx völlig verschwunden, die zweite auf ein Minimum reducirt und ohne Knorpelbekleidung, die erste etwas verkleinert. Während die Epidermis ziemlich unverändert ist, sind Cutis, Sehnen, Knochen vollständig aufgegangen in Fettgewebe, indem reguläres Bindegewebe nur um die Gefässe noch vorhanden ist. Die innere Arterie ist verschwunden, die äussere erhalten. Die Knochenreste bestehen hauptsächlich aus spongiöser Substanz. Eiterung ist nirgends vorhanden. Im Gegensatze zum Ainhum ergreift die Lepra mutilans beide Geschlechter gleichmässig, die Finger und Zehen sämmtlich ohne Vorliebe für die kleinen Zehen und die afrikanische Race freilich in höherem Procentsatz als andere Racen, aber nicht ausschliesslich. Die charakteristische Furche kommt hier nicht vor, dagegen Anästhesie, Pemphigusblasen, Muskelatrophie, gangränöse Ulcerationen, Nekrose, permanente Contractur der Finger. Schliesslich ist die Lepra völlig unheilbar, während der Ainhum durch eine frühzeitige, die Furche rechtwinkelig treffende Incision geheilt werden kann. Im Gegensatze zu Pereira Guimaraes, der das Ainhum für eine besondere Art von Gangrän hält, sieht deshalb L. in der Gangrän nur eine finale Complication und in der localen Sklerodor-

mie, welche die charakteristische Furche erzeugt, die eigentliche Affection. Unna.

Sorel erzählt (44) folgende Krankengeschichte: M. F., 44 J. alt, kräftig, gut genährt, anscheinend Potator, früher Unterofficier der italienischen Armee, jetzt Gärtner in der Umgegend von Algier, gab an, als Soldat Blattern und Intermittens und vor vier Jahren eine Blennorrhöe überstanden zu haben. Seit dieser Zeit fühlte er Brennen beim Urinlassen und erschwerten Urinabgang und bediente sich zur Beseitigung dieses letzteren Symptoms seit längerer Zeit einer Bougie, das heisst eines mit Pflastermasse umwickelten geraden Holzstäbchens, dessen Einbringung schon wiederholt zu Blutungen Anlass gegeben hatte. Am 2. Nov. bemerkte Pat. gegen die Mitte der Ruthe hin unter dem Harnröhrenkanal eine nussgrosse Geschwulst und Blutabgang aus der Urethra, gleichzeitig zeigten sich im Gesicht, an Hals und Oberextremitäten kleine schwärzliche Flecke, Nachmittag erfolgte Blutauswurf aus dem Munde und am nächsten Morgen Aufnahme in das Hospital zu Bona (3. November 1879).

Die Untersuchung ergab hier gutes Allgemeinbefinden, Puls 100, Temp. normal, an Herz und Lungen keine Organerkrankung. Subconjunctivale Ecchymose am rechten Auge. Die Oberhaut des Körpers, namentlich an den Extremitäten, erschien mit hanfsamengrossen, bräunlichen Flecken besetzt, zwischen denen kleinere blutrothe zerstreut waren. Von vielen dieser Flecke hob sich eine Epidermisscheibe ab, an deren Centrum ein kleines bräunliches Concrement sass, was nebst dem auf seiner Spitze sitzenden Wollhaar abfiel. Auf der Mundschleimhaut fanden sich nach innen von der linken Lippencommissur zwei spitze, ulcerirende, brandig zernagte Erhabenheiten, aus deren Gefässen Blut sich über das Zahnfleisch ergoss und zeitweilig ausgeworfen wurde. Am rechten vorderen Pfeiler des Gaumensegels sass ein haselnussgrosser Blutkuchen, der ganze Rachen war mit Blut überzogen. Aus der Harnröhre tröpfelte Blut ab; das Präputium war geschwollen, an der unteren Fläche der Ruthe gegen deren Mitte hin, etwas näher der Glans, zeigte sich eine nussgrosse Geschwulst, welche den Urethral-Kanal umfasste, sowie eine auf das Scrotum übertretende subcutane Ecchymose. Uriniren erschwert, leichter Tenesmus der Blase, letztere nicht erweitert.

Nach Verabreichung von Sol. ferri perchlorati und einem Voll-

bade wurde der Urinabgang leichter. Am folgenden Morgen war das Allgemeinbefinden besser; keine neuen Eruptionen, die alten braun geworden, Epidermis darüber abgelöst. An der rechten Wade hatte sich eine oberflächliche Ecchymose gebildet, die Geschwulst des Präputium war gestiegen, ecchymotisch, die ganzen Genitalien erschienen bläulich gefärbt. Eine feine Sonde konnte zwar das durch die Penisgeschwulst bedingte Hinderniss überwinden, drang jedoch nicht bis zur Blase, sondern wurde an der Pars prostatica festgehalten. Bei der Untersuchung vom Mastdarm aus war jedoch nichts Krankhaftes nachzuweisen. Vom 5. November ab trat allgemeine Besserung ein. Bei Eröffnung der Geschwulst am Penis entleerte sich schwarzes Blut nebst einer kleinen Menge von Eiter. Die Blutflecke verschwanden nunmehr ziemlich rasch, am längsten bestanden die Ecchymosen des Präputiums und der Wade, sowie die der Conjunctiva. Bei Entlassung des Pat. am 24. war die Harnentleerung schmerzlos und eine Sonde von mittlerem Caliber konnte ohne Beschwerde eingeführt werden. Im Jan. 1880 war das Befinden noch gut, nur hat der Mann noch, nach schwerer Arbeit, ein unangenehmes Gefühl der Schwere in den Weichen.

S. glaubt, dass der mitgetheilte Fall weder unter Scorbut, noch unter die Formen der Purpura zu rechnen sei, da die Beschaffenheit der Flecke, die Abschuppung der Epidermis, sowie die hämorrhagischen Geschwüre der Mundschleimhaut charakteristisch für Werlhof'sche Krankheit seien. Ob und in welchem Zusammenhange dieselbe mit der Affection des Penis und der Urethra stehe, wagt S. nicht zu unterscheiden; möglich erscheint es, dass durch theilweise Resorption von Harnelementen in das Blut letzteres krankhaft alterirt worden ist und zur Entwicklung der Werlhof'schen Krankheit die Veranlassung gegeben hat.

Bei Prurigo Erwachsener hat man nach Neumann's (45) Erfahrungen immer eine ungünstige Prognose zu stellen, man kann dem Kranken zeitweise Erleichterung, nie jedoch Heilung verschaffen. In Bezug auf die Heilbarkeit der Krankheit bei Kindern ist nicht ein bestimmtes Lebensalter, sondern Form und Dauer des Leidens von Einfluss, weil bei frühem Eingreifen eine vollständige Genesung herbeigeführt werden kann, die ausbleiben wird, wenn bereits brettartige Spannung der Haut, Furchenbildung und starke Drüsenschwellung aufgetreten sind.

Dem Pilocarpin zieht Vf. wegen der lästigen Nebenwirkungen Einpackungen und Dampfbäder vor. Nebenbei wird bemerkt, dass bei Alopecia areata und totaler Kahlheit des Kopfes die von Schmitz empfohlenen Pilocarpin-Injectionen gänzlich erfolglos geblieben sind.

Nach der Empfehlung Hertel's in Kopenhagen gibt Roth (**46**) gegen Prurigo senilis Carbolpillen in folgender Zusammensetzung:

Rp. Ac. carbol. 4·0
Mic. panis q. s.
ut f. pil. Nr. 60
S. dreimal tägl. 1 Pille

und behauptet, damit alle Fälle seiner Cognition meist schon nach Gebrauch dieser Dose geheilt zu haben. (? A.)

Epidermidosen.

47. Curtis. Ein Fall von Ichthyosis hystrix congenita. (Arch. of Dermat. 273; Juli 1880.)

48. Thost. Ueber erbliche Ichthyosis palmaris et plantaris cornea. Inaug.-Diss. Heidelberg 1880. (Centralbl. f. Chir. 10. 1881.)

49. Voss. Ueber die Behandlung der Psoriasis mit Sublimat-Bädern. (St. Petersb. med. Wochenschr. 44. 1880.)

50. Guibout. Behandlung der Psoriasis. (Gazette des Hôpitaux. pag. 779, 1880.)

51. Köbner. Beschleunigte Heilung des Lichen ruber exsudativus durch subcutane Arseninjectionen. (Nach einem Vortrage in der Berliner medicin. Gesellschaft am 13. Oct. 1880. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1, 1881.)

52. Vaulair. Ueber das Lichénoide der Zunge. (Revue mensuelle de médecine et de chirurgie 1880. — Nr. 1 und 3 Centralblatt für Chir. 36. 1880.)

53. Byers. Ein Fall von Pityriasis rubra bei einer Ichthyotischen. (Med. Times and Gaz. Sept. 25, 1880.)

Curtis beobachtete (**47**) bei einem sonst gesunden, einwöchentlichen Kinde eine Ichthyose, welche seit der Geburt in gleicher Weise bestanden haben soll, wie sie auch weiterhin ihren Charakter nicht veränderte. Sie bestand aus flachen, erbsengrossen, theils gruppirten, theils

zerstreut stehenden, an der Oberfläche leicht schuppenden, bräunlichen, derben Knötchen, die gesunder Haut aufsassen. Sie waren ganz auf die linke Seite beschränkt und nahmen hier besonders die Extremitäten ein. Der Hauptsitz war das linke Knie, an welchem die Knötchen zu einem Flecken von $^2/_3$ Handtellergrösse zusammentraten; von hier aus zog sich ein Streifen über die Streckseite des Unterschenkels bis zur grossen Zehe, und kehrte dann über die Planta pedis in kleinen Gruppen der Beugeseite des Unterschenkels entlang bis zur Kniebeuge zurück. Am Oberschenkel fanden sich die Efflorescenzen an der Beugeseite sehr zerstreut und gingen nicht auf die Genitalien oder den Stamm über. Am Arm begannen Gruppen an der Ulnarseite der Hohlhand und erstreckten sich von hier an der inneren Seite bis zur Achselhöhle, von der aus sie sich über die vordere Seite der Brust bis zum Rippenbogen zerstreut fanden. Curtis schwankt in der Bezeichnung der Affection und gibt der ihm brieflich von Bulkley mitgetheilten Auffassung, dass es sich um eine Ichthyose handle, den Vorzug. Bulkley erinnere sich zwei oder drei ähnlicher Fälle.

(Das besondere Interesse des Falles liegt in der strikten Halbseitigkeit und der sicheren Feststellung des Factums, dass die Affection hier bereits intrauterin bestanden hatte. Im Uebrigen scheint der Fall sich nicht wesentlich von Bätges „multiplen Hornbildungen“ zu unterscheiden, von denen ich auch im Hamburger Krankenhause ein Exemplar zu sehen Gelegenheit hatte. Eine mikroskopische Untersuchung hätte die interessante Frage erledigen können, ob in dieser Jugend die Knötchen schon rein epidermoidaler Natur oder etwa theilweise bindegewebig sind. Es versteht sich, dass diese besser als Keratosis circumscripta zu bezeichnenden Fälle mit der gewöhnlich sogenannten Ichthyosis congenita oder neonatorum [H. Müller, Auspitz] nichts als den Namen gemein haben. Anm. d. Ref.) Unna.

In Thost's (48) unter der Leitung von Friedreich abgefassten Dissertation wird über eine Familie berichtet, in der durch vier Generationen Ichthyosis palmaris et plantaris beobachtet wurde. Nach dem beigegebenen Stammbaum erbten von dem Stammvater, der diese Form der Ichthyosis hatte, 5 Knaben die Krankheit, während 1 Knabe und 1 Mädchen verschont blieben. Einer von diesen Befallenen bekam 5 Kinder, von denen 3 Knaben wieder die Affection zeigten, 1 Knabe und 1 Mädchen gesund blieben; ein Bruder von ihm

zeugte 5 Knaben und 3 Mädchen, von denen 4 Knaben und 2 Mädchen erkrankten. Das eine der letzteren gebar wieder 4 Kinder, von welchen 3 Mädchen die Krankheit erbten, während der Knabe normale Haut behielt. Von diesen 17 Fällen, bei denen also keine verschiedene Disposition nach dem Geschlecht bestand, beschrieb Th. ausführlich 8, die er selbst genau zu untersuchen Gelegenheit hatte. Bei allen Erkrankten zeigte sich als frühestes Symptom in den ersten Wochen nach der Geburt eine Rauhigkeit der Epidermis an der Palma manus und der Planta pedis. Mit zunehmendem Alter entwickelte sich dann die Affection mehr, indem die Epidermis sich immer häufiger in grossen Fetzen ablöste, bis sie schliesslich im 14. Lebensjahre völlig ausgebildet war. Auffallend war dabei die Neigung der Kranken zu starker Schweisssecretion, besonders an den erkrankten Hautpartien. Die Sensibilität der verdickten Haut blieb normal. Die histologische Untersuchung eines Hautstückchens, das dem einen Pat. excidirt war, ergab neben einer derben Epidermis und einer bedeutend verdickten Cutisschicht besonders stark vergrösserte Papillen, die etwa 5 Mal so hoch waren als die normalen und mächtig entwickelte Schweissdrüsen mit verdickten Ausführungsgängen. Niemals war bei einem Gliede der Familie trotz aller angewandten Mittel eine Heilung erzielt worden, nur konnte die Härte der Hohlhand und der Fusssohle durch Schonung und häufiges Waschen vermindert werden.

Anfangs vorigen Jahres befand sich auf Voss' Abtheilung (49) eine Patientin mit hartnäckiger Psoriasis diffusa. Nachdem seit December bis März v. J. die verschiedensten Mittel vergeblich angewendet worden waren, wurden tägliche Sublimat-Bäder, bei Weglassung aller übrigen Mittel, verordnet. Das damit erzielte Resultat war ein glänzendes: Nach 15 Bädern erblasste die Haut, die Epidermis stiess sich in grossen Lamellen ab, die infiltrirte, dick anzufühlende Haut wurde dünner und elastischer; neue Nachschübe kehrten zwar auch während dieser Behandlungsweise wieder, doch waren die Flecke meist blassroth, mit einer nur dünnen Epidermisplatte bedeckt, die, fortgekratzt, keine Bluttropfen zu Tage förderten. Nach 46 Sublimat-Bädern, vom März bis Mai, konnte Pat. vollständig gesund entlassen werden.

Ein so ausgezeichnetes Resultat ermunterte Verf., dieselbe Behandlung weiter zu versuchen, und hatte er seit dieser Zeit Gelegen-

heit, noch 4 inveterirte Psoriasis-Fälle mit Sublimat-Bädern zu behandeln, und zwar mit demselben ausgezeichneten Erfolge. Im ersten Falle waren 32 Sublimat-Bäder nöthig, im zweiten 40, im dritten 48, und der vierte befindet sich noch gegenwärtig auf Verf.'s Abtheilung. — Die Bäder hat Verf., wenn möglich, täglich nehmen lassen. Zu jeder Wanne wurde eine Lösung von Hydr. muriat. corr. 4,0 und Ammon. muriat. 8,0 verwendet. Die Temperatur war 27—29°, und mussten die Pat. 30—40 Minuten im Bade verweilen. Unangenehme Zufälle der Quecksilbereinwirkung, wie Speichelfluss, Anschwellung der Gaumen etc., hat Verf. nie bemerkt. — Als Vortheile der in Rede stehenden Behandlungsweise resumirt Verf.: 1. die kurze Behandlungsdauer, 2. den Mangel jeder Lästigkeit für den Patienten, insofern das Bad jedesmal nur wenig Zeit in Anspruch nimmt und ihn nicht hindert, seinen Beschäftigungen nachzugehen, sowie 3., was besonders hervorzuheben ist, die grosse Reinlichkeit der Methode, gegenüber den bisher üblichen therapeutischen Mitteln.

Nach Guibout (**50**) besteht die Psoriasisbehandlung im Hospital St. Louis augenblicklich in der innerlichen Verabreichung von Arsenik und der äusseren Behandlung mittelst Pyrogallussäure und Ol. cadinum. Er gibt 2—3 Pillen, enthaltend Natron arsenic. 0,001 mit Extr. gentian. 0,1 pro pil., bei jeder Mahlzeit oder statt dessen $^1/_2$—2 Esslöffel von Natr. arsen. 0,1 auf 500,0 Aq. Die Pyrogallussäure verwendet G. in 10—15% Salbe, welche zweimal täglich eingerieben wird; alle 2 oder 3 Tage wird ein Seifenbad eingeschoben, später folgen Bäder mit 1—2 Pfd. Soda. Unna.

Ein 39 Jahre alter Tischlermeister, welchen Köbner (**51**) wegen Lichen ruber exsud. vorstellte, gab an, im Mai 1879 die erste rothe, juckende Stelle am rechten, im October eine solche am linken Schienbein, aber erst gegen Ende Februar 1880 äusserst heftiges Jucken am oberen Theil des Rückens bekommen zu haben, das sich stetig über den ganzen Stamm und die Extremitäten und zwar in einer, im höchsten Grade seine Kräfte mitnehmenden, vor Allem den Schlaf raubenden Weise steigerte. Er hatte vom 30. März bis 25. Mai die geringe Menge von 11 Gramm Solut. Fowleri und zwar in Tagesdosen von 5—8 Tropfen erhalten. Am 25. Mai fand K. folgenden Status: Der Rücken von der Nackengrenze an bis hinab auf die Ober-

schenkel und diese bis an die Kniegegend waren besäet von einer Unzahl dunkelrother, derber, matt glänzender, meistens conischer, oft mit einer Delle versehener und polygonaler, hie und da mit feinen Schüppchen bedeckter Knötchen, welche theils noch getrennt waren, grösstentheils aber an den genannten Theilen, sowie an der Brust und am Bauche, in geringerem Grade an den Ober- und Vorderarmen ganz dicht aneinander gereiht standen und an der besonders befallenen Flexorenseite der Extremitäten, mehr noch an den Lenden- und den seitlichen Bauchgegenden schon zu diffus rothen, infiltrirten und kleindrusig unebenen, feinschuppigen Flächen bis Flächenhandgrösse confluirt waren. Nirgends zeigten diese Knötchen eine Umwandlung zu Bläschen, Pusteln oder dergleichen. Die Unterschenkel waren frei davon, nur zerkratzt. Am Penis fanden sich einzelne solche disseminirte oder zu wenigen aggregirte Knötchen, die, für sich allein betrachtet, wohl das Bild eines kleinpapulösen Syphilides vortäuschen konnten. Er hatte am Rücken eine Anzahl von reihenweise oder striemenartig angeordneten Knötchen, die von aussen und oben nach innen und unten gegen die Wirbelsäule hin verliefen, so dass er offenbar mit den Nägeln der rechten Hand vom Angulus scapulae sin. herab einwärts nach einer tieferen Stelle der Wirbelsäule und mit den Nägeln der linken auf der entgegengesetzten Seite seinen Juckreiz befriedigt hatte; ebenso sah Vf. an mehreren frischen Schröpfkopfnarben dicht stehende Knötchenreihen. Die Schweisssecretion bestand unverändert. Das Allgemeinbefinden war sichtlich heruntergekommen, grosse Mattigkeit und Unlust zur Arbeit, welche er seit seinem 16. Jahre regelmässig als Tischler betrieb. Grosse Magerkeit bei kräftiger Musculatur. Die rechte Lunge athmete etwas schwächer als die linke; die übrigen inneren Organe normal, Harn frei von Zucker und Eiweiss. Eine tiefe Knochennarbe am rechten Infraorbitalrande und mehrere sehr tiefe am unteren Ende des Humerus und am Olecranon, wodurch rechtwinklige Ankylose des linken Ellbogengelenkes hervorgebracht wurde. Keine Lymphdrüsenschwellungen. Kein Fieber. In anamnestischer Hinsicht wusste Pat. ausser jenen, im 2. und 3. Lebensjahre überstandenen Knocheneiterungen nur einen, wie Eczema impetiginodes am Kopf und Gesicht beschriebenen Ausschlag aus dem 4. Lebensjahre mit gleichzeitiger, für „Auszehrung“ gehaltener Abmagerung, aus seinem 6. Jahre Masern mit leichtem Verlauf, aus dem 24. Jahre Scabies anzugeben. Seitdem war die Haut stets intact, er blieb überhaupt bis zu dem

genannten Zeitpunkte gesund und wusste für sein quälendes Leiden keinen Grund anzugeben.

Verfasser wendete eine Methode an, die er seit 1869, nachdem sie Lipp bei zwei Psoriatischen angewandt, öfter, aber mit wechselndem Erfolge bei Psoriasis versucht hatte, nämlich subcutane Arseninjectionen. Vom 25. bis 30. Mai machte K. fünf Injectionen von je 0,58 bis 0,82, ein Mal von 1,16 einer Mischung von Liq. Kal. arsen. part. 1, Aq. d. p. 2, so dass p. dosi 0,2—0,27, jenes eine Mal 0,39 Solut. Fowleri und in den fünf Sitzungen zusammen 1,28 Grm. derselben verbraucht wurden. Schon nach den ersten Injectionen hatte der Kranke seit Monaten die ersten ruhigen Nächte. Seiner weit entfernten Wohnung wegen wollte er es aber nochmals mit innerlichem Gebrauch versuchen, wozu er vom 1. bis 28. Juni 15,69 Grm. Solut. Fowler. (zu 10—14 Tropfen p. die) d. h. 0,174 reine arsenige Säure einnahm. Bedeutende gastrische Beschwerden aber nöthigten zu wiederholtem Aussetzen des Mittels, ausserdem stellte sich wieder Schlaflosigkeit und qualvolles Jucken ein, welches, durch kalte Einpackungen nicht gelindert, in Schwefelbädern sich zu unerträglichem Brennen steigerte. Da entschloss sich der Kranke, die grosse Entfernung zu überwinden und zur regelmässigen Injectionskur zu kommen, zu der K. anfangs die eben verordnete, später eine concentrirtere Mischung aus gleichen Theilen Liq. Kal. arsen. und Aq. d. benutzte, ohne locale Entzündungen, höchstens ein wenige Minuten dauerndes, leichtes Brennen zu bewirken. Er injicirte vom 29. Juni ab, bis wohin sich der Zustand der Haut fast gar nicht verändert hatte, je 0,24—0,29 Sol. Fowl., bis zum 2. Juli täglich, nachher mit Intervallen am 4., 6., 8., 10., 13., 16. Juli, zusammen innerhalb 18 Tagen nur 2,61 Sol. Fowler., d. h. die geringe Menge von 0,03 Acid. arsenicos. Schon nach der 3. Injection hatte das Jucken erheblich nachgelassen, nach der 5. waren sämmtliche Knötchen und rothe Flächen viel blasser und flacher, nach der 8. noch mehr eingesunken. Besonders deutlich markirte sich dies in der Gegend zwischen den Schulterblättern, wo die Knötchenbildung und das Jucken am intensivsten gewesen war. Am 16. Juli war der Kranke seit 8 Tagen von Jucken ganz befreit, Schlaf ausgezeichnet, am ganzen Rumpfe und den Extremitäten nur braune Flecken, unter der rechten Scapula eine Spur flacher Knötchen, sonst alles glatt. Was man aber heute an dem seither wohlgenährten

Manne sieht, beschränkt sich auf drei bis fünf nebeneinander stehende und eben so viel vereinzelte, ganz flache Knötchen in der Schulter- und der Unterbauchgegend, — sowie, als interessante Nachkrankheit, auf eine markstückgrosse Gruppe ausdrückbarer Comedonen und Acne simpl. zwischen den Schulterblättern. Sonst zeigen sich an der überall glatten und geschmeidigen Haut nur viele kleine weisse atrophische Flecken mit feinsten punktförmigen, ihrer Lanugo verlustigen Follicularmündungen in der Mitte und vielfach mit hellbraunem Saum. — Vf. hat inzwischen bei zwei Frauen, welche von dem, von E. Wilson sogen. Lichen planus, — nur einer Varietät des Lichen ruber, — befallen waren, die zum ersten Male so erfolgreich gegen L. ruber erprobte Injectionsmethode von arsenigsaurem Kali angewandt. Hierüber wird er erst nach längerer Beobachtungszeit berichten.

Als Lichénoide lingual bespricht Vanlair (**52**) eine von Gubler zuerst beschriebene (? A.), noch wenig bekannte Affection der Zunge und theilt drei eigene einschlägige Beobachtungen mit. Die in Rede stehende Krankheit charakterisirt sich durch das Auftreten verschieden grosser, isolirter oder mit einander confluirender rundlicher Flecke von lebhaft rother Färbung; sie sind von einem mehr breiten als hohen, sich deutlich von der Umgebung abhebenden, festen Wulst von mattweisser Farbe begrenzt. Im Bereiche dieser Flecke sind die Papillae filiformes verschwunden, die Papillae fungiformes erhalten; in Folge dessen ist der Grund derselben leicht eingesunken, jedoch mit abgerundeten, platten Erhabenheiten besetzt. Die Krankheit beginnt an der Spitze oder Basis der Zunge und verbreitet sich von da bald langsamer, bald rascher über fast die ganze Rückenfläche, in einzelnen Fällen kann sie auch auf die untere Fläche der Zunge übergreifen. Daselbst ändern die Flecke ihr Ansehen; ihr Grund nimmt eine bläuliche, der begrenzende Wulst eine lebhaft rothe Färbung an. Der Verlauf der Krankheit ist äusserst hartnäckig. Während an einzelnen Stellen der Process zur Heilung sich anschickt schreitet er an anderen Stellen vor.

Auf Grund der beobachteten Fälle und auf Grund histologischer Untersuchung (die, da die Kranken eine Excision befallener Partien der Zunge nicht gestatteten, sich allerdings auf kleine, abgeschabte Stückchen beschränken musste) erklärt Verf. die Affection für eine

subacute Entzündung der Papillen, besonders der P. filiform. mit consecutiver Atrophie derselben. Mikroorganismen spielen nach Verf. bei dem Processe keine active Rolle, wenngleich sie in Form des Leptothrix buccalis zahlreich in den abgeschabten Stücken gefunden werden. Der Lichen linguae macht nur geringe subjective Symptome. Das Tast- und Geschmackgefühl ist gewöhnlich vollständig intact; Schmerzgefühl fehlt bald vollständig, bald ist es als leichtes Brennen etc. vorhanden. Die ätiologischen Momente sind wenig bekannt; nur das scheint aus den wenigen Beobachtungen hervorzugehen, dass das weibliche Geschlecht für die Erkrankung prädisponirt ist. Von den übrigen Erkrankungen der Zunge, z. B. der Psoriasis, den Plaques muqueuses, dem Epitheliom etc., unterscheidet sich der Lichen linguae zur Genüge durch die charakteristische Beschaffenheit der Flecke, das Beschränktbleiben auf die Zunge etc.

Die Behandlung des Uebels (local erweichende und adstringirende Mittel, leichte Aetzung, innerlich Ferr. protojoduret., Arsenik etc. etc.) hat in den bisher beobachteten Fällen nur eine Besserung, nie eine Heilung erzielt. Einmal erlosch das Leiden in wenigen Wochen spontan, vielleicht liessen sich durch mehr energische Mittel (Abkratzung, Aetzung) bessere Erfolge erzielen.

Zwei Schwestern und ein Bruder einer von Byers beschriebenen Patientin (**53**) litten an Ichthyosis, sie selbst bis zum 20. Jahre, bis dieselbe unter den Erscheinungen der Pityriasis rubra verschwand. Letztere begann plötzlich angeblich nach einer Erkältung mit Röthung der Brust, dann der Beine, der Arme und schliesslich des ganzen Körpers, auf die einige Wochen später die Abschuppung folgte. Nur die Fusssohlen und Fussnägel waren von der Affection frei; die Handteller mit dicken Schuppen bedeckt und die Handnägel lang, verdickt und eigenthümlich seitlich comprimirt. Das Allgemeinbefinden war gut. Nach vielen therapeutischen Versuchen wurde durch Glycerin äusserlich der Patientin die grösste Erleichterung verschafft und eine gewisse Besserung erzielt. Nach eingetretener Verschlimmerung griff sie zu Hause wieder zum Glycerin, bis plötzlich mit dem Eintritt eines bis dahin ganz ungewohnten Schweisses die Affection sich spontan besserte, bis auf die Deformität der Nägel, welche nun auch Querriefen zeigten verschwand und die Haut nun ein normales Aussehen gewann. Der Verfasser plaidirt in Ansehung dieses Falles gegenüber Erasmus Wilson,

Fagge und Niemayer für die Hebra'sche Auffassung der Affection als einer selbstständigen, vom Eczem zu trennenden Krankheit.

Unna.

54. **Thin.** Ueber die Ursache übelriechender Fussschweisse und ihre Behandlung. (Brit. med. Journ. pag. 463. 18. Sept. 1880.)

55. **Willcox.** Derselbe Gegenstand. (Ibid. 23. p. 658. Oct. 1880.)

56. **Bull.** Derselbe Gegenstand. (Lancet I. 19. p. 742. May 1880.)

57. **Billroth.** Onychia maligna chronica. (Chirurgische Klinik. p. 427, 1879.)

58. **Gaillard.** Allgemeiner Pigment-Naevus. (Ann. de Dermat. et de Syphil. p. 498, 1880.)

59. **Hardaway.** Klinische Studie über das Papillom der Haut. (Arch. of Dermat. pag. 387. Oct. 1880.)

60. **Rüder.** Ueber Epithelialcarcinom der Haut bei mehreren Kindern einer Familie. (Diss. Berlin, Juli 1880. — Centralbl. Nr. 16. 1881.)

61. **George** und **F. Elizabeth Hoggan.** Ueber die Rolle der Lymphgefässe der Haut bei der Krebsinfection. (Arch. de Physiol., p. 284, 1880.)

Nach Thin (**54**) kommt der üble Geruch profuser Fussschweisse bei gewissen Personen durch die Einwirkung von Bacterien zu Stande, welche er (Proceedings of the Royal Society Nr. 205, 1880) mit dem Namen des Bacterium foetidum belegt hat.

Bei einem 22jähr. Mädchen, welches mehrere Jahre an diesem Uebel litt, unterwarf Th. zunächst die Sohlen der Strümpfe und Stiefel der Einwirkung einer antiseptischen Solution, wonach der üble Geruch schwand, aber bald wieder zurückkehrte, sobald man die Wiederholung der Desinfection unterliess. Der üble Geruch fehlte vollkommen an den von Schweiss durchnässten Strümpfen wenige Stunden nach der Desinfection, trat dagegen schon nach Verlauf eines ganzen Tages in sehr offensiver Weise auf, während das von der macerirten und aufgequollenen Haut der Fusssohle secernirte Fluidum geruchlos war. Das letztere reagirte schwach, die schweissdurchtränkten Strumpf-

und Schuhsohlen intensiv alkalisch, der Schweiss an den übrigen Körperstellen dagegen sauer.

Demnach konnte das an der Oberfläche der Fusssohlen befindliche Fluidum nicht reiner Schweiss sein, es musste vielmehr Exsudat enthalten, welches von dem durch die Hyperidrosis erzeugten Ekzem herrührte. Unter dem Mikroskop fanden sich in demselben auch die oben erwähnten Bacterien, deren Gedeihen in der alkalischen Ekzemflüssigkeit in hohem Grade begünstigt werden musste.

Mit Rücksicht auf diese Verhältnisse empfiehlt Th. folgendes Verfahren, welches er auch in dem obigen Falle vollkommen bewährt fand. Die Strümpfe werden zweimal täglich gewechselt, nach dem Ablegen einige Stunden in eine Borsäurelösung gelegt und können, nachdem sie getrocknet sind, wieder getragen werden. Um sodann das Leder der Schuhe vor dem Durchtränken mit der Flüssigkeit zu schützen, eignet sich das Tragen von Korksohlen, die jeden Tag gewechselt und in gleicher Weise desinficirt werden müssen. Auch das Waschen der Füsse mit derselben Lösung ist für die Beseitigung des Ekzem in solchen Fällen ausserordentlich vortheilhaft.

Nach Willcox (**55**) beginnt die Bromidrosis plantaris als Erkrankung der Haut an einer kleinen umschriebenen und gerötheten Stelle der Ferse, die sich allmälig vergrössert und alsbald über die ganze Fusssohle ausbreitet. Willcox kann daher den üblen Geruch nicht auf eine Zersetzung des Schweisses allein zurückführen, zumal da bei derartigen Pat., selbst wenn sie nicht auf Reinlichkeit halten, sich die Affection auf die Füsse beschränkt und nicht auf andere Stellen, die wie die Achselhöhle und das Perinäum für die Zersetzung günstige Bedingungen bieten, ausdehnt. Für die Behandlung dieser Affection empfiehlt er die Bedeckung der betreffenden Stellen mit Pflaster, entweder Empl. saponatum oder Empl. plumbi, eventuell mit einer doppelten Lage und Erneuerung des Verbandes jeden 4. Tag, und wenn die Haut ihr normales Aussehen erhalten hat und trocken geworden ist, nach Verlauf einer Woche. Der üble Geruch schwindet schon beim ersten Verbande. Sobald nach erfolgter Heilung das Leiden von Neuem beginnt, muss frühzeitig die Behandlung wieder aufgenommen werden.

Bull theilt (**56**) den Fall eines 20jähr. Mannes mit, der seit 2 Jahren an übelriechendem Schweiss der Achselhöhle litt, wegen

dieses Leidens von einer grossen Zahl von Aerzten vergeblich behandelt worden war und sämmtliche Geheimmittel ohne Erfolg gebraucht hatte. Der üble Geruch war so stark, dass er sich schon auf grössere Entfernung bemerkbar machte und durch kein Parfüm verdeckt werden konnte. Mit einer starken Lupe liess sich an der Haut keine Erkrankung nachweisen. B. hatte bei dem Pat. die verschiedensten Heilmittel (innerlich Mineralsäuren, Alkalien, Mineralwässer, Arsenik in Verbindung mit äusseren Mitteln wie Carbolsäure in Glycerin, Extr. Belladonnae, spirituöser Tanninlösung, Jodtinctur) ohne Erfolg angewandt; auch das von Hebra hiergegen empfohlene Ungt. diachyli blieb erfolglos. Nach 12monatlicher Behandlung verordnete B. das von ihm bei Herpes tonsurans erfolgreich angewandte 10% Hydrargyrum oleinicum. Dasselbe wurde mehrmals wöchentlich eingepinselt, nachdem die Haut zuvor mit absolutem Alkohol gereinigt war, und die Behandlung unterbrochen, sobald sich die Haut entzündete. Nach 6monatlicher Behandlung war der üble Geruch geschwunden, wiewohl der Pat. bei anstrengender Arbeit noch immer beträchtlich schwitzte; indessen betrachtete er sich selbst als geheilt.

Unter der Bezeichnung Onychia maligna beschreibt Billroth (57) eine Affection, die fast nur bei Kindern vorkommt und von ihm in drei Fällen beobachtet wurde. Dieselbe beginnt als leichte Entzündung am Nagelbette, welche nicht heilt, sondern allmälig zu langsam fortschreitenden Geschwüren unter oder neben dem Nagel führt und mit starker Röthung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit verbunden ist. Es scheint, dass Verunreinigung der ersten kleinen Wunde die wesentliche Ursache des malignen Charakters ist, und dass die schwierige Entfernung des infectiösen Momentes die lange Dauer des Processes bedingt, der seiner Chronicität und zuweilen auch seinem Aussehen nach den Eindruck syphilitischer Geschwüre macht. Auch mit diphtheritischen Geschwüren hat die Affection viele Aehnlichkeit; Verf. möchte sie geradezu als diphtheritische bezeichnen, wiewohl sie keinen phagedänischen Charakter besitzt und daher die Aehnlichkeit mit dem Hospitalbrand nur eine äusserliche ist.

Oft entsteht die Krankheit spontan oder aus nicht beachteten Excoriationen oder kleinen Einrissen am Nagel. In einem Falle wurde ein Schlag auf den Finger (mit einem spanischen Rohre in der Schule), der 1 Jahr zuvor applicirt worden war, als Ursache angegeben.

Die Behandlung war die von Vanzetti angegebene: es wurde die feuchte und entzündete Fingerkuppe mit gepulvertem Plumbum nitricum bestreut und mit Heftpflasterstreifen bedeckt. Nach 5—10 Tagen beginnt es unter dem Heftpflaster zu nässen und nach der Entfernung des letzteren und Abstossung des Brandschorfes tritt eine gut granulirende und bald vernarbende Geschwürsfläche zu Tage. Der regenerirte Nagel ist anfangs uneben, bekommt später aber wieder eine glatte Beschaffenheit.

Gaillard beschreibt (58) ein 14jähriges Mädchen, dessen Amme bereits erdfarbige Flecken bei ihm bemerkt hatte; Haarboden, Gesicht, Hals, Extremitäten und Rumpf waren mit Naevi bedeckt. Dieselben standen in inniger Beziehung (? A.) zu den Nervenausbreitungen. Sie folgten z. B. am rechten Arm dem Medianus, am linken Bein dem vorderen Ast des Saphenus internus und an der Brust bestanden intercostale Gürtel. An anderen Körperstellen aber waren sie, unbekümmert um den Nervenlauf, regellos allerorts und ohne irgend durchgreifende Symmetrie ausgebreitet. Die Talgdrüsen- und haarreichen Partien waren am reichlichsten befallen. An excidirten Hautstückchen wurde — und zwar an allen untersuchten Stellen in gleicher Weise — Hypertrophie des stark vascularisirten Papillarkörpers und Volumsvergrösserung der Bindegewebszellen des Corium (? A.) ohne bemerkenswerthe Verdickung der Epidermis constatirt. Dabei waren die tiefer gelegenen Epidermiszellen von Pigment reichlich infiltrirt. Die Nerven und Tastkörperchen zeigten nicht die geringste Veränderung.

Hardaway (59) gibt eine kritische Uebersicht alles dessen, was unter dem Namen Papillom seit langer Zeit beschrieben worden ist und kommt zu folgender Eintheilung dieses, einer Klärung sehr bedürftigen Materials:

1. Warziges Papillom: Gewöhnliche harte Warzen und Hauthörner (Rindfleisch, Billroth, Wagner, Green).

2. Krebsiges Papillom: Eine Varietät des Epithelioms (Bulkley, Kaposi).

3. Neuropathisches Papillom: Hierher rechnet H. die bekannten Fälle von sogenanntem Nervennaevus von Thompson, Baerensprung, Th. Simon, Neumann, Gerhardt, Mackenzie, Crocker, Curtis und fügt denselben einen eigenen Fall bei.

4. Zymotisches Papillom. Hierunter versteht H. die von Sauvage zuerst unter dem Namen Framboësia beschriebene, in Afrika und Westindien heimische, contagiöse Krankheit, welche von demselben als nicht syphilitisch betrachtet wurde, während Spätere (Alibert, Swediaur, Rayer, Kaposi, Virchow) dieselbe direct als eine Form der Syphilis oder wenigstens als der Syphilis nahestehend bezeichneten. H. folgt den englischen und amerikanischen Dermatologen (Duhring, Fox, Morris, Squire) und besonders den Aerzten, welche dieselbe neuerdings genauer kennen lehrten (Imray, Bowerbanck, Gavin Milroy) und alle einstimmig den Zusammenhang der Framboësia oder Jaws mit Syphilis verwerfen.

5. Symptomatisches Papillom. Diese Form umfasst alle diejenigen Fälle, in welchen eine blumenkohlartige Excrescenz im Gefolge anderer Affectionen, wie: Lupus, Syphilis, Eczem, Sykosis, auftritt; hierher gehören viele als Papillome eigener Art beschriebenen Fälle, auch das sogenannte entzündliche Hautpapillom (Roser, Weil, Charpy).

6. Locales idiopathisches Papillom. Die von Kaposi beschriebene Dermatitis papillomatosa capillitii (Pian ruboid, Alibert; Sykosis capillitii, Rayer).

7. Universelles idiopathisches Papillom. In diese Abtheilung zieht H. die Fälle von Köbner, Bazin, Geber, H. Hebra, Duhring und Frisbie. Beigel's „Papilloma area-elevatum" dagegen betrachtet er als eine Art neuropathischen Papilloms und bei Bergh's Pessema erscheint ihm Syphilis nicht genügend ausgeschlossen.

H. berichtet dann selbst über einen zu dieser Classe zu rechnenden Fall, den er bei einem sonst gesunden 7monatlichen Kinde beobachtete. Die Geschwülste entstanden hier unter den Augen der Eltern aus kleinen rothen Flecken, nässten auf der Höhe ihrer Entwickelung und heilten nach einigen Wochen unter einer tonisirenden Behandlung (Eisen, Strychnin) wieder ab. H. schlägt, wie übrigens schon Kaposi, schliesslich vor, den Namen Papillom für die 3 Classen zu reserviren, welche idiopathische Leiden mit papillomatösem Charakter darstellen, nämlich für das neuropathische Papillom, das locale und das universelle idiopathische Papillom.

Unna.

Nach einer Dissertation von Rüder (**60**) trat bei mehreren Kindern einer Familie Epitheliom in folgender Weise auf: Von den Kindern eines gesunden Ehepaares in Eutin (Holstein) erkrankten unter sämmtlichen acht Knaben sieben. Die fünf Mädchen blieben gesund. Schon in den ersten Lebensmonaten war die Haut, soweit sie mit Licht und Luft in Berührung kommt, rauh und matt geworden und später zeigten sich weisse, perlmutterglänzende, an Albinismus erinnernde Flecken. Etwa mit Beginn des zweiten Lebensjahres färbte sich dann ein Theil dieser Flecken roth, später braunroth und schliesslich dunkelbraun. Alsbald begann sich die Epidermis an diesen Stellen in Schüppchen loszulösen und abzustossen. Immer neue Flecken traten auf und daneben zahlreiche Knötchen, sowie eine üppige Wucherung von Wärzchen und Warzen, meist hirsekorn- bis linsen-, einzelne bis haselnussgross, verbunden mit einer Infiltration der Cutis in der Umgebung; früher oder später zerfielen diese Neubildungen auf Grund einer augenscheinlich mangelhaften Ernährung in Ulceration und Verschorfung unter Hinterlassung strahliger Narben. Häufig nahmen Ulceration und Infiltration grössere Dimensionen an, so dass Excision und Auslöffelung indicirt erschien. Von einer Cachexie war keine Spur bemerkbar.

Die anatomische Untersuchung eines excidirten Hautstückes ergab den Befund eines flachen „Epithelialcarcinoms“. (Der Name ist hier gewiss ein schlecht gewählter. A.)

Die bemerkenswerthen Resultate einer Arbeit von G. und E. Hoggan (**61**) beziehen sich auf einen einzigen, aber sehr genau und unmittelbar post mortem untersuchten Fall eines nicht von der Epidermis, sondern wahrscheinlich von den Schweissdrüsen ausgehenden Hautcarcinoms der linken Thoraxseite (Fungus haematodes) bei einem 28jährigen Manne. Zuerst wurde die kranke Haut von der Mammaria interna aus mit 0,5%iger Silberlösung, darauf mit gefärbter Gelatine injicirt. Sodann wurden kleine Stücke der Haut entnommen, die den vom Carcinom bis zu den Achseldrüsen verlaufenden und durch secundäre Knötchen gekennzeichneten Lymphsträngen entsprachen, eingespannt, nach horizontaler Entfernung der Epidermis mit dem Messer mit 0,5%iger Silberlösung begossen, abgewaschen und noch einmal mit (0,5 %) Goldlösung behandelt. Die Untersuchung dieser Flächenpräparate geschah

in Glycerin. Andere Stücke wurden nach gewöhnlicher Methode gehärtet und in senkrechte Schnitte zerlegt. Die Verff. rühmen als Färbemittel besonders das pyrogallussaure Eisen. Nach schwacher Färbung mit carminsaurem Ammoniak werden die Schnitte in eine alkoholische Eisenchloridlösung (1%) und darauf in 1%ige Pyrogallussäurelösung gebracht. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt offenbar in der an der Hand einer vorzüglichen Methode sehr genau vorgenommenen Untersuchung der bereits mit Krebsmasse infiltrirten Lymphstränge. Hier constatirten H., dass nirgends im Bereich der Krebsknoten neue Lymphgefässe gebildet werden und dass die Krebsmassen nirgends durch offene Canäle mit den Lymphwegen communiciren. Von den bereits blockirten Lymphdrüsen rückwärts stauen sich die Krebszellen und erfüllen die Lymphgefässe mit Krebsthromben, welche zunächst die Wandung derselben nicht verändern. Allmälig verschwindet jedoch die feine Zähnelung ihrer Endothelien, die Lymphgefässwandung wird durchscheinend, lässt den Krebsthrombus durchblicken, die Endothelien entfernen sich von einander, wodurch dann allerdings pathologische Stomata in ihnen entstehen. Alle diese „Zeichen einer krebsigen Infection der Lymphgefässwandung“ werden auf die Expansion der wuchernden Krebselemente im Thrombus zurückgeführt. Wo nun das Lymphgefäss zunächst Blutgefässen benachbart ist, ergiessen sich aus diesen Wanderzellen um das thrombosirte Lymphgefäss und es entsteht der zweite Act, die „Infection der Wanderzellen durch die bereits inficirte Lymphgefässwandung“, welche sich in „krebsiger Veränderung“ derselben documentirt. Diese in krebsiger Degeneration begriffenen Wanderzellenherde mit einem Krebslymphthrombus als Centrum stellen die Elementarbildungen dar, aus denen die secundären Krebsknoten zusammenfliessen. Die Krebsdegeneration der Zellen selbst beschreiben die Verff. bei den Wanderzellen so, dass der Kern sich auf Kosten des Protoplasmas vergrössert, neue Kernkörperchen in sich erzeugt, die sich wieder vermehren und vergrössern und secundäre, ja tertiäre Kernkörperchen in sich endogen zeitigen; so stellt der ungeheuer (bis auf das 200fache) angeschwollene Kern schliesslich die „Krebszelle“ dar. Bei den Endothelien, den fixen Bindegewebs-, glatten Muskelzellen etc. besteht die Krebsdegeneration dagegen blos in einer Kernschwellung, während das Protoplasma unter Beibehaltung der Form nur seine Functionen einstellt und Färbereactionen ändert. Die-

selbe krebsige Degeneration ist an den Gerüstendothelien der mit Krebsmasse erfüllten Lymphgänge der Lymphdrüsen wahrzunehmen. Diesen Funden gegenüber geben H. für die erste, von ihnen nicht beobachtete Propagirung des primitiven Krebses die (wie uns scheint, sehr gezwungene, Ref.) hypothetische Erklärung, dass ein in der Nähe des Schweissdrüsenknäuels sich bildender (?) Krebsherd Blindsäcke von Lymphgefässen erst abschnürte, dann inficirte, dass darauf inficirte Lymphkörperchen durch Anastomosen in Lymphdrüsen gelangten u. s. f., wie denn überhaupt stets nur von krebsiger Infection benachbarter Elementargebilde, nie von Einwuchern epithelialer (Schweissdrüsen-) Elemente in die Lymphbahnen die Rede ist. Die sehr nahe liegende Erklärung des Falles als eines von Grund aus epithelialen Schweissdrüsencarcinoms ist deshalb auch gar nicht in Betracht gezogen. Unna.

Chorioblastosen.

62. **Godlee.** Fälle von Lupus, durch Ausschabung mit Volkmann's scharfem Löffel behandelt. (Med. Times and Gaz. 19. März 1881.)
63. **Illner.** Ueber einen Fall von Heilung eines Lupus exulcerans mittelst Chrysophansäure. (Memorabilien 1. 1881.)
64. **Iwanowsky.** Ueber die Veränderungen der Lymphdrüsen bei Lepra tuberosa. (Virchow's Archiv. Bd. 81, pag. 507.)
65. **Arnozan** und **Vaillard.** Multiple glattfasrige Myome der Haut. (Journ. de méd. de Bordeaux Nr. 22, 1880. — Centralbl. f. Chir. Nr. 14, 1881.)
66. **George** und **F. Elizabeth Hoggan.** Zur pathologischen Histologie der schmerzhaften subcutanen Geschwulst. (Virchow's Archiv, Bd. 83, p. 233.)
67. **Heitzmann.** Ueber Geschwülste der Haut. (Auszug aus einer grösseren Abhandlung. — Arch. of Dermat. pag. 378. Oct. 1880.)

Godlee (**62**) sistirt die Blutung während des Auskratzens von Lupus dadurch, dass er immer nur kleine Stellen zur Zeit auskratzt und sofort jede einzelne mit einem kleinen Stück Lint bedeckt. Nach dem Ende der Operation ist sodann auch die Blutung gewöhnlich gestillt, sonst genügt Aufpudern von Jodoform oder im Nothfall ein

wiederholtes Aufdrücken von Lint. Zur Nachbehandlung empfiehlt sich folgende Salbe: Jodoform 1,2; Eucalyptusöl 4; Vaselin 30, welche überhaupt bei schlecht eiternden Ulcerationen gute Dienste leistet. 7 Fälle illustriren diese Behandlung und ihre günstigen Resultate.

Unna.

Die 27 Jahre alte Patientin Illner's (**63**) erkrankte vor $3^1/_2$ Jahren an Lupus. Die Krankheit nahm von einem Knötchen in der Nähe des Septum nasi ihren Ausgang. Am 29. Februar v. J. war der Status praesens nachfolgender: Den ganzen knorpeligen Theil der Nase nimmt eine Geschwürsfläche ein, in welcher man zahlreiche, den einzelnen Follikeln entsprechende, stark prominirende Excrescenzen, Eiterpünktchen und Eiterborken wahrnimmt. Den Rand des Geschwüres bildet ein schmaler, gegen das gesunde Gewebe sich abflachender, lividrother, mit Schüppchen bedeckter Saum. Am Septum nasi befindet sich eine frische, von einem chirurgischen Eingriffe herrührende Schnittwunde.

Da Vf. bei dem Alter der Patientin ein Carcinom ausschloss, und auch keine Initialformen von Syphilis vorausgegangen waren, stellte er die Diagnose auf Lupus und entschloss sich, da er kurz zuvor einen schönen Fall von Heilung einer Psoriasis mit Chrysophansäure zu verzeichnen hatte, abermals zu einem Versuche damit.

Er liess die Patientin täglich kommen und trug selbst mit dem Borstenpinsel die Chrysophansalbe im Verhältniss 5 : 20 Vaselin in dünner Schichte auf. Innerlich wurde ihr Ol. jecoris verordnet. Ein Deckmittel wurde nicht in Anwendung gebracht. Unter dieser Behandlung war schon nach 14 Tagen zu sehen, wie sich die fleischwärzchenartigen Erhabenheiten abflachten und die Eiterproduction eine immer geringere wurde. Endlich kam es an einzelnen inselförmigen Stellen zur Bildung eines zarten Oberhäutchens und nach Verlauf von 10 Wochen war die Heilung perfect und ist auch keine Recidive eingetreten. Vf. hält dies vom therapeutischen Standpunkte aus in Anbetracht der Einfachheit, der kurzen Heilungsdauer und Schmerzlosigkeit der Methode und auch in kosmetischer Hinsicht für einen glänzenden Heilerfolg. (Aber ziemlich alleinstehend. A.)

Zur Untersuchung Iwanowsky's (**64**) über die Veränderungen der Lymphdrüsen bei Lepra dienten zwei Fälle von Lepra tuberosa, in denen die Cervical-, Axillar-, Inguinal- und Retroperitonealdrüsen bis zum Umfange einer Wallnuss vergrössert, derb

und auf dem Durchschnitte chocoladebraun waren, mit eingestreuten gelben Flecken. Die Lymphzellen des Sinus waren nur mässig reichlich, 2—3mal so gross wie gewöhnlich und schlossen theils braunrothes Pigment, theils runzelige, rothe Blutkörperchen ein; letztere waren übrigens auch frei zwischen den ersteren vorhanden. In den Follikeln zeigten sich ausser den Lymphzellen von gewöhnlicher Form ebenfalls solche Pigment- oder Blutkörperchen einschliessende in geringer Anzahl, dann aber weiter auch grosse, epithelähnliche Zellen und endlich sehr grosse, an Riesenzellen erinnernde, aber einkernige oder sogar kernlose Protoplasmaklumpen. Die letzteren beiden Formen waren zum Theile mit Fett infiltrirt, ähnlich wie Leberzellen und oft so stark, dass die Zellbestandtheile durch Fettkugeln ganz verdeckt wurden. Nach dem Hilus der Drüsen zu überwogen einfache und fettig infiltrirte Lymphkörperchen so sehr von den übrigen Formen, dass die Drüsensubstanz dadurch allmälig in das gewöhnliche Fettgewebe des Hilus, die braune Farbe in die gelbe überging. Die Trabekeln des Sinus waren verdickt und die stern- und spindelförmigen Zellen desselben vergrössert. Das Reticulum der Follikel war hingegen nicht verdickt; die Zellen, welche die Knotenpunkte desselben bilden, waren jedoch in allen Uebergangsstadien der Fettmetamorphose begriffen, wie die Lymphkörperchen daselbst. Verfettende Zellen fanden sich auch in der Adventitia der feineren Venen, während die Capillargefässe der Lymphdrüsen Verdickung und Kernvermehrung der Endothelien mit Verschmälerung des Lumens zeigten. Die Erscheinungen irritativer Hypertrophie kommen bei vielen Lymphdrüsenschwellungen vor; die Fettinfiltration (nicht fettige Entartung) der Lymphzellen und Trabekelzellen, sowie die Infiltration mit rothen Blutkörperchen und Pigment ist J. geneigt, einer Resorption von den leprösen Hautknoten her zuzuschreiben. Einzeln seien diese Processe durchaus nicht, aber wohl in ihrem Gesammtbilde charakteristisch für Lepra.

Unna.

Ein Fall von Haut-Myomen, welchen Arnozan und Vaillard beschreiben (**65**), betrifft eine 52jährige, bis zu ihrem 37. Jahre völlig gesunde Frau, die sich des Besitzes von drei durchaus gut entwickelten Kindern erfreut. Zur angegebenen Zeit traten zuerst am rechten Unterarm kleine rothe Knötchen in der Haut auf; die Affection ergriff allmälig (im Verlauf von 7 Jahren) die Hautdecken des rechten Unter-

und Oberarmes in grösserer Ausdehnung. Vereinzelte Knötchen zeigten sich in der beiderseitigen Regio infra- und supraspinata, auf den beiden Mammae, der Intermammargegend, so wie am Hals und dem rechten Subclaviculargebiete. Nach genannter Zeit sistirte die Weiterentwicklung. Die Eruptionen confluiren zum Theil, und zwar zumeist an dem Radialrande des Antibrachiums. Die Form derselben ist die von Papeln. Die Grösse erreicht die kleiner Linsen. Sie sind von rosiger bei Fingerdruck schwindender Färbung. Auf einigen der Knötchen finden sich kleine, weisse miliumartige Pünktchen. Die Wollhaare sind vorhanden, die Schweissdrüsen scheinen in ihren Functionen nicht gestört zu sein. Die Haut hat an den kranken Partien an Dicke zugenommen, sie ist zum Theile glatt, feucht und kühl. Eigenthümlich ist die grosse Schmerzhaftigkeit der befallenen Theile, besonders sobald diese irgend einem Reiz ausgesetzt werden. Ehe dieselbe eintritt, blassen die rothen Knötchen und Plaques mehr und mehr ab, um sich dann allmälig wieder zu färben. Zugleich damit nehmen die oft bis zum heftigsten gesteigerten Schmerzen nach und nach ab. Ausser diesen irgend wie provocirten Anfällen treten solche auch spontan sowohl des Tags als auch des Nachts auf. Der Tastsinn ist intact, eine Atrophie der Theile nicht bemerkbar. Alle übrigen Organe gesund. Narkotika ohne jeden Erfolg. Die mikroskopische Untersuchung eines exstirpirten Knotens ergab zweierlei Hauptbestandtheile: 1. sich vielfach kreuzende, glatte Muskelfasern, 2. zwischen diesen eingebettet reich mit elastischen Fasern gemischtes Bindegewebe. Die Gefässentwicklung innerhalb der Knoten sehr gering, eben so die von Nervenfasern; daneben fanden sich in den Papeln normale Haarfollikel mit ihren zugehörigen Talgdrüsen und eben so intacte Schweissdrüsen.

Die von Wood zuerst als schmerzhafte subcutane Geschwulst beschriebene, später von verschiedenen Autoren unter verschiedenen Benennungen (Neurome douloureux: Cornil und Ranvier, Fibrome douloureux: Dupuytren, Neuromation: Craigie, Virchow) aufgeführte und im Allgemeinen zu den Neuromen gerechnete Geschwulst ist nach Hoggan (66) ein Adenom der Schweissdrüsen. Die vielen Blutungen, welche in die Geschwulst hinein stattfinden, organisiren sich unter Beihilfe neu einwandernder, weisser Blutkörperchen zu concentrischen Massen pigmentirten, zellartigen Gewebes, welches nach H. Veranlassung zur Annahme einer fibrösen Structur und einer Aehnlichkeit mit Pacini-

schen Körperchen gegeben habe (Axmann). Diese organisirten Blutextravasate sollen sich späterhin durch den Einfluss der umgebenden Schweissdrüsenneubildung in solide, grosszellige Tumormassen umwandeln, welche mithin neben und nicht direct aus den Schweissdrüsenepithelien werden. (Zu dieser kühnen Deutung sahen sich die Autoren offenbar veranlasst durch den Mangel der Lumina und Knäuelbildung an diesen soliden Epithelhaufen, einen Umstand, der gar nicht gegen die directe Herleitung aus Schweissdrüsenepithelien spricht, wie ja bekanntlich die embryonale Schweissdrüse ein Kolben und kein Röhrchen ist. Diese Umwandlung von Blutextravasaten in ein pathologisches Gewebe ist übrigens von den Autoren in keiner Weise durch genauere Uebergangsbilder dargethan. U.) Trotz Anwendung von Ueberosmiumsäure waren keine Nerven in den Tumor zu verfolgen, dagegen fanden sich solche ganz normal erhalten direct unterhalb der Geschwulst verlaufend. H. glauben dieses klinische Symptom der Schmerzhaftigkeit durch diesen Befund vollständig erklärt und befürworten die Versetzung der Geschwulst aus der Gruppe der Neurome in die der Adenome. (Wäre diese Deutung der Schmerzhaftigkeit richtig, so wäre kein Grund einzusehen, weshalb nicht auch subcutane Lipome, Cysticerken etc. eine ähnliche Schmerzhaftigkeit zur Folge hätten. U.) Unna.

Heitzmann (67) theilt die benignen Geschwülste überhaupt ein in 1. Myxoma, 2. Fibroma, 3. Chondroma, 4. Osteoma, 5. Lipoma, 6. Angioma, 7, Myoma, 8. Neuroma.

Die Myxome der Haut zerfallen weiter in 3 Typen; die erste gleicht dem Nabelschnurgewebe, die zweite der embryonalen Beschaffenheit der Haut und Schleimhaut im 3. und 4. Monat, die dritte der Structur der Gland. thyreoidea. Zu den ersten beiden Typen gehören weiche, gestielte Tumoren, zum dritten das sogenannte Lymphadenom. Den Fibromen der Haut werden zugezählt: das harte Fibrom, Fibroma molluscum, Myxo-fibroma, Naevus und Keloid. Sie sollen nach 2 verschiedenen Typen gebildet sein, deren erste je nach grösserem oder geringerem Blutgehalt dem Periost oder den Aponeurosen gleicht, deren letzterer die Structur der Herzklappen, besonders an deren Basis, nachahmt. Chondrom und Osteom der Haut kommen nach H. nicht vor (? Ref.). Das Lipom der Haut ist dem subcutanen Gewebe nachgebildet und in der sogenannten Cutis pendula mit

Myxom oder Myxofibrom verbunden. Vom Angiom nimmt H. 3 Arten an: 1. diffuse Neubildung von Capillaren im oberen Theile der Cutis, 2. durch Bindegewebssepta getrennte Läppchen, Convolute von Blutgefässen einschliessend, 3. Cavernenbildung wie im Schwellkörper des Penis. Die erste Art kommt (als Naevus flammeus, Portwine-mark) ebenso wie die zweite, das lobuläre Angiom, hauptsächlich im Gesichte vor und sind arterielle Geschwülste. Die dritte Art bevorzugt die Gegend der Lippe. An diese schliesst sich das ebenfalls cavernöse Lymphangiom an. Ein Myom der Haut existirt nach H. nicht (? Ref.). Das Neurom ist eigentlich ein Bindegewebstumor; die Neubildung der eingeschlossenen Nerven ist zweifelhaft.

Zu den malignen Geschwülsten übergehend verwirft er den Namen Sarkom und substituirt nach Elsberg den Ausdruck Myelom für jeden Tumor, dessen Elemente von indifferentem oder embryonalem Charakter sind. Von den 5 Sarkomtypen Virchow's behält er nur den Rund- und Spindelzellentypus bei unter den Bezeichnungen: 1. Globomyelom mit den 3 Unterarten: a) grosszelliges G., b) kleinzelliges G. oder Lymphomyeloma und c) Gliomyeloma oder Glyoma; 2. Spindelmyelom mit den Varietäten: a) grosszelliges S., b) kleinzelliges S., c) fasciculäres Myelom, d) reticuläres S. Abarten des Globomyeloms stellen das sogenannte Riesenzellensarkom (Virchow), das Pigmentsarkom (Virchow) und das alveoläre Sarkom (Billroth) dar. Letzteres konnte H. auch einmal in der Haut constatiren. Die Malignität der Myelome steigt und fällt, je nachdem sie wenig oder viel „basis substance", d. i. fertiges Gewebe von normalem Typus enthalten. Benignere Varietäten sind daher: Myxo-, Fibro-, Chondro-, Osteo-, Angio-, Neuromyeloma. Als Mischgeschwülste von Bindegewebe und Epithel stellt H. auf: das Papillom, das Adenom und den Krebs. Letzterer ist stets ein Epithelialkrebs, seine verschiedenen Formen beruhen auf verschiedener Anordnung zwischen Epithel und Bindegewebe und den verschiedenen Degenerationen (fettig, wachsig, colloid, cystoid) des ersteren. H. hat alle Varietäten in der Haut beobachtet, den colloiden und Cystenkrebs nur um den After, vom Rectum ausgehend.

Die Malignität des Krebses geht genau parallel der Masse des Epithelgebildes, welche er enthält; ebenso führt grösserer Zellenreichthum des constituirenden Bindegewebes grössere Malignität herbei. Die Abstammung des Krebsepithels von präexistirendem Epithel wird

kurz als „irrthümlich“ bezeichnet und die alte Virchow'sche Theorie von der Umwandlung von Bindegewebe in Krebsepithel adoptirt. Schliesslich constatirt H. noch eine nicht ganz seltene Umwandlung von Krebs in Myelom. (Die Auffassung des Krebses als eines Epithelioms in H.'s Sinne ist natürlich eine von der gebräuchlichen verschiedene. Anm. d. Ref.) Unna.

Dermatomykosen.

68. **Aubert.** Die Rolle von Traumen in der Aetiologie des Favus. (Annales de Derm. et Syph. p. 289. 1881.)
69. **Aubert.** Diagnostik des Favus. (Annales de Derm. et de Syph. p. 34, 1881.)
70. **Weber.** Ueber die Behandlung des Favus. (Nach einem Vortrag, gehalten in der Sitzung der med.-chir. Gesellschaft des Cantons Bern, den 3. Juli 1880. — Correspondenzbl. für Schweizer Aerzte. 17. 1880.)
71. **Morris.** Ueber Diagnose und Behandlung des Ringworm. (Lancet, 29. Jan., 12. Febr. 1881.)
72. **Bergeron.** Eine Trichophyton-Epidemie. (Bull. de l'Acad. 2. Sér. II. p. 705. 1880. — Schmidt's Jahrb. Nr. 12.1880.)
73. **Stowers.** Tinea tonsurans begleitet von Alopecia areata. (Lancet, 26. Febr. 1881.)

Aubert (68) theilt 20 Fälle von Favus (darunter vier von Gailleton) mit, in welchen eine Verwundung eine gewisse Rolle in der Aetiologie spielt.

Bei Knaben waren es Fall, Schläge, Würfe auf den Kopf, bei Mädchen neben Fall und Stössen auf den Kopf Verwundungen mit einem Kamme.

Der Procentsatz war für den December 1880 neun traumatische Faven unter 37 überhaupt (25 %). A. glaubt jedoch einen Satz von 10—12 % als mindeste Grenze für die Fälle festsetzen zu können, in welchen Verwundungen und Excoriationen des behaarten Kopfes der Favusansiedlung unmittelbar vorausgingen. A. ist nach seinen Beobachtungen geneigt, weniger mangelnde Reinlichkeit als kleinere oder grössere Läsionen der Haut als prädisponirendes Moment für Favus zuzulassen, zumal für die Nägel, welche durch Kratzen in

ausgiebige Berührung mit dem Pilze kommen, jedoch von den Patienten nicht zum Kratzen benützt werden, sobald sie verwundet sind; daher komme es relativ so selten zum Favus der Nägel.

(Es wäre auch wohl an feuchte Umschläge, welche so oft nach Traumen aller Art applicirt werden, als ätiologisches Moment zu denken. Ref.) Unna.

Aubert (**69**) constatirt als die beiden leicht festzustellenden und absolut sicheren Symptome des Favus:

1. die Gegenwart der Favusmasse,
2. die Auflockerung des Haares und seine Durchsetzung mit longitudinalen Luftstreifen.

In praktischer Hinsicht classificirt A. die Favusfälle in solche, in welchen die Favusmasse unmittelbar mit blossem Auge sichtbar und solche, in welchen sie dieses nicht ist. Das zweite, bisher wenig beachtete Symptom erlangt eine fundamentale Wichtigkeit natürlich nur in dieser zweiten Gruppe. Hierher gehören a) die Fälle, in welchen durch Reinigung und Behandlung der grösste Theil der Favusmassen entfernt ist, b) diejenigen, in denen die Favusmassen mit Hornschuppen stark durchsetzt und c) in denen sie durch Lymphe, Blut und Eiterkrusten bedeckt sind (Impetigo pedicularis). Ein werthvolles Zeichen besitzt man dann noch in den hyperämischen, scharf umschriebenen Flecken der Kopfhaut, welche nach vollständiger Entfernung aller fremden Massen sichtbar werden; jedoch kommen diese auch der Psoriasis und manchen Eczemen zu und sind als diagnostisches Merkmal nicht entfernt so sicher, wie die longitudinalen Luftstreifen, welche den Haarschaft durchsetzen und zerklüften. Diese Erscheinung beruht nach A. nicht auf dem Eindringen von Pilzen in den Haarschaft, sondern auf einer Ernährungsstörung, durch den Reiz der Pilze an der Peripherie (innerer Wurzelscheide) verursacht. Trotz dieser supponirten trophischen Störung wachsen die favösen Haare ebenso rasch und regelmässig nach, eine Erscheinung, welche A. dadurch zu erklären versucht, dass von der Papille aus das Wachsthum des Haares gleich bleibt, jedoch ein normaler Weise von der Wurzelscheide geliefertes Cement der Haarzellen durch die Invasion der Pilze in dieselbe dem Haare entzogen werde.

(Es ist nicht ganz ersichtlich, welchen Zellen A. diese letztere Function zuschreibt, da er zuerst [p. 42] von der innersten Lage der

äusseren Wurzelscheide, meiner „neutralen“ Lage, bald darauf jedoch nur von der inneren Wurzelscheide selbst spricht. Sehr fühlbar ist im Allgemeinen der Mangel einer genaueren Auseinandersetzung mit sämmtlichen früheren Autoren, welche Pilze im Haarschaft gefunden haben, wenn auch A. sich auf die Zustimmung von Rémy und Chaudelux beruft, die solche ebenfalls vermissten, deshalb, weil in seinen Angaben nicht ausdrücklich aber implicite den ersteren eine Verwechslung von Pilzen mit Luftstreifen zugeschrieben wird. Dass Luft in den favösen Haaren vorkommt, ist allgemein bekannt, dass aber neben und vor der Luft keine Pilze die Höhlungen des Haarschafts ausfüllen, ist eine Auffassung, deren Nachweis A. umso mehr uns schuldet, als er nur von einer Untersuchung der Pilze in Wasser und Glycerin spricht, während die Pilze bisher stets durch Kalilauge etc. nachgewiesen wurden. U.) Unna.

Die Favusbehandlung ist nach Weber (**70**) in der Schweiz eine cantonale Angelegenheit geworden, seitdem im vorigen Jahrhundert (1765) die Berner Regierung sich um dieselbe zu kümmern bemüssigt fand und die Erwerbung von theilweise noch gegenwärtig gebrauchten Recepten zu diesem Zwecke sich eine für die damalige Zeit beträchtliche Summe kosten liess. Es wurden von einem Albrecht Plüss folgende Vorschriften wider die Grindkrankheit erworben:

1. Eine Lauge von Buchenasche mit Veronica officinalis, 2. eine Salbe, bestehend aus sauberstem Harzöl, Meisterwurzpulver, Pimpernellenwurzpulver, gereinigter Schwefelblust, von jedem drei Loth und süssem Anken ein Pfund, 3. ein Pflaster von schönem Semmelmehl, schönem lauterem Harz und Wasser, von jedem so viel als nöthig zur Consistenz eines klebenden Pflasters. Dieses soll während 8—10 Stunden beständig umgerührt werden. Die nach diesen Angaben im Laufe der Zeit festgestellte lateinische Formel lautet: Rp. Amyli 60·0, Farinae secalis 120·0, coque cum Aq. 1800·0 ad consist. mucilag., adde Colophonii 250·0, Terebinth. venet. 60·0, F. l. a. pasta.

Im Anfange seiner ärztlichen Thätigkeit liess Verf. die Enthaarung mittelst Zangen oder mit den blossen Fingern oder in der Weise vornehmen, dass die Haare büschelweise zwischen einem Spatel und den Fingern, resp. einem Daumen, durchgezogen wurden. Es erwies sich aber bald diese Art der Epilation für das an Zahl sehr beschränkte Wartpersonal als zu zeitraubend und überdies auch für die ärztliche

Controle zu schwierig. Dann versuchte er zuerst in leichteren oder in der Heilung schon vorgerückteren Fällen, ob das Ausziehen der ganzen Haare durch öfteres Rasiren vielleicht zweckmässig ersetzt werden könne. Es wurde zu diesem Behufe zweimal wöchentlich Schwefelcalcium in Form der bekannten Paste angewendet, indessen ohne befriedigenden Erfolg.

Bald kam auch Verf. nothgedrungen dazu, das heutzutage fast allgemein verpönte, nur in der Antiquaille in Lyon noch immer übliche Verfahren mit dem Harzpflaster wieder aufzunehmen.

Das Pflaster, welches bei jedesmaliger Anwendung frisch bereitet werden muss, weil es sehr leicht schimmelt und sich zersetzt, wird auf Leinwandstreifen gestrichen und den kranken Stellen entsprechend applicirt. Bei Ausbreitung des Grindes über die ganze behaarte Kopfhaut muss man auf diese Weise eine förmliche Calotte bilden. Wenn gut präparirt, ist das Pflaster in 1–2 Tagen hart genug, dass es sich mit dem gewünschten Erfolg abziehen lässt. Die Streifen werden successive einzeln abgezogen; und hat man dabei nur genau darauf zu achten, dass man mit dem Daumen der linken Hand die Kopfhaut fest niederdrückt, um ein Abheben der Galea zu vermeiden, während man mit der rechten Hand jeweilen möglichst in der Richtung der Haare den Zug ausübt. Diese Procedur ist nicht so schmerzhaft, wie man glauben sollte, weil sie meistens nur kranke Haare betrifft, die locker sind und leicht mit ihren Wurzelscheiden sich ausziehen lassen. Freilich ist fast immer noch eine ergänzende Epilation mit Zangen oder den Fingern mehr oder weniger nöthig; weil das Pflaster selten durchaus alle kranken Haare mitnimmt. Da es aber die Haut vortrefflich erweicht und macerirt, so ermöglicht es, dass eine solche Epilation unmittelbar nach Entfernung desselben ganz auffallend leicht und schmerzlos sich bewerkstelligen lässt.

Die Enthaarung ist und bleibt die Hauptsache; und es reicht vollständig zur Erzielung einer verhältnissmässig raschen Heilung hin, neben der öfter wiederholten Epilation Mittel anzuwenden, die gegen Hautentzündung irgend welcher Art als wirksam bekannt sind.

Eigentliche Reizmittel zur Erzeugung einer künstlichen Entzündung, welche die Elimination der parasitären Keime befördern soll Terpenthinöl, Crotonöl, Creosot,wie sie neuerdings namentlich in Frankreich empfohlen wurden, sind durchaus verwerflich.

Die Jodtinctur scheint hauptsächlich für Fälle parasitärer Hauterkrankungen zu passen, bei denen erhebliche Infiltrate, papilläre Wucherungen zu reduciren sind, oder für solche, bei denen es sich um kleinere, spärlichere, zerstreute Erkrankungsherde handelt. Schwefelsalben mit oder ohne Zusatz von ätherischen Oelen gaben namentlich zum Schluss der Spital- und zur Nachbehandlung zu Hause ziemlich befriedigende Resultate.

Das Verfahren, welches Verf. nach vielen Experimenten schliesslich definitiv adoptirte, besteht wesentlich in Folgendem:

Die mit Borken bedeckten Stellen werden 1—2 Tage lang alle paar Stunden mit Olivenöl oder bei gleichzeitigem Vorhandensein thierischer Parasiten mit Petroleum mittelst eines festen Borstenpinsels tüchtig imprägnirt; dann, während der Patient im Bade sich befindet, mit Schmierseife eingerieben und durch energisches Waschen sauber gereinigt. Nun wird mit Schwefelcalcium rasirt, neuerdings öfters und reichlich Olivenöl applicirt; und schliesslich wendet man, wenn die Haare wieder 2—3 Millimeter hoch emporgesprosst sind, die Pflasterstreifen in der beschriebenen Weise an. Diese letztere Procedur wiederholt man nun wöchentlich, alle 10, 14 Tage je einmal, wenn die Haare sogleich kräftig und reichlich genug nachwachsen.

In einzelnen ausnahmsweisen Fällen wird nämlich eine häufige Epilation dadurch verhindert, dass nach dem gewaltsamen Ausreissen der Haare der Nachwuchs gestört wird, gerade so wie hie und da nach acuten Krankheiten entstandene Alopecie aussergewöhnlich lange fortbesteht. (Bei Herpes tonsurans der behaarten Kopfhaut ist das mangelhafte Nachwachsen der künstlich entfernten oder spontan ausgefallenen Haare hauptsächlich daran Schuld, dass dieser zu seiner Heilung fast ebenso lange Zeit erfordert als der Favus.) Mit dem Abnehmen der entzündlichen Erscheinungen wird das Olivenöl durch weisse Präcipitatsalbe ersetzt, oder es wird mit Cadinöl gemischt und zwar nach und nach mit immer grösseren Quantitäten, bis zuletzt pures Cadinöl oder Cadinöl mit Zusatz von gleichviel 10percentiger Kalilösung (Theerkali) oder Cadinöl mit etwas Weingeist versetzt angewandt wird.

In letzter Zeit wurde die gegen Psoriasis und Herpes tonsurans vorzüglich erprobte Ararobasalbe (1 zu 4 Vaselin und 0·2—0·5 Essigsäure) an Stelle des Theers auch gegen Favus sehr wirksam befunden.

Mehr noch als andere Mittel scheint dieses Medicament nach einer oft momentan sehr eclatanten Wirkung sich zu erschöpfen. Zu starke örtliche Reizung verbietet hie und da seinen längeren Gebrauch. Was die Waschungen mit Seife betrifft, so werden dieselben nur Anfangs häufiger ausgeführt, wenn die Entfernung der Borken nicht anders zu bewerkstelligen ist; im weiteren Verlaufe der Behandlung werden sie nur zweimal wöchentlich unmittelbar vor der ärztlichen Visite und schliesslich noch seltener vorgenommen.

Verf. bemerkt nebenbei, dass das Waschen mit Seife, resp. Seifengeist, wie es von der Wiener Schule (richtig gesagt: „von Hebra“ A.) zu häufig empfohlen und von Unkundigen nach halb verstandenen Vorschriften öfter missbraucht wird, bei Hauteruptionen überhaupt, namentlich aber solchen des behaarten Kopfes gar oft entschieden schadet. Dr. Ellinger in Stuttgart hat sicher vollkommen Recht, wenn er bei der sogenannten Alopecia furfuracea die Waschungen mit Seifenwaser für unzweckmässig, oft für geradezu schädlich erklärt.

Morris betont (**71**) wie Alder Smith die Häufigkeit und Contagiosität der diffusen Form des Herpes tonsurans des Kopfes, besonders bei Kindern, welche früher an einzelnen Stellen litten und als geheilt galten. Die seltensten und leichtesten Fälle findet man bei Kindern mit dunklem Haar, dunklen Augen und dicker Epidermis, die häufigsten und schwersten, oft pustulösen Formen bei solchen mit hellen blonden Haaren, hellen, resp. blauen Augen und dünner Oberhaut. Die Epilation empfiehlt M. nur in acuten und frischeren Fällen, nicht in chronischen, und sowie der Pilz augenscheinlich bereits tief in die Haarbälge eingedrungen ist. Er opponirt ferner (wohl mit Recht, U.) der von Alder Smith am schärfsten ausgesprochenen Ansicht, dass der Herpes tonsurans hauptsächlich durch Entzündung herbeiführende Mittel (starke Carbolsäure, Crotonöl), in schweren Fällen durch ein künstliches Kerion zu heilen sei. Das beste Antiparasiticum sei das, welches den localen Reizzustand nicht noch steigere. M. empfiehlt Thymol und Menthol als das geeignetste Antiparasiticum und Chloroform als das am tiefsten eindringende und daher passendste Vehikel in folgendem Verhältniss: Thymol 1, Chloroform 4, Olivenöl 12—16. Dieses Liniment wird nach Entfernung der Schuppen und einmaliger Seifenwaschung täglich 2—3mal sanft eingerieben oder bei

zarterer Haut nur eingepinselt, unter Vermeidung jeglicher Reizung. Dabei keine Kopfbedeckung. Die Resultate sollen in allen Fällen sehr gute sein. Unna.

Bergeron (72) berichtet über eine von Dr. Gertier in Ferney-Voltaire beobachtete Trichophyton-Epidemie, durch welche die Identität der Sycosis parasitaria mit dem Herpes circinatus und Herpes tonsurans bewiesen wird. Vf. fand zuerst einen Schuldiener mit Herpes circinatus behaftet, und in Erwägung der Beobachtungen Bargin's, nach denen die erwähnten Erkrankungen durch Kämme und Rasirmesser übertragen werden können, vermuthete er auch bei seinem Pat. einen gleichen Infectionsmodus. In der That liess sich der Kranke bei dem einzigen Barbier des Ortes rasiren, und es gelang alsbald, noch mehrere Kunden des letzteren zu ermitteln, die mit demselben Leiden oder mit Sycosis parasitaria behaftet waren. Weitere Nachforschungen ergaben, dass ein Kind des Barbiers die Schule eines Nachbarortes besuchte, in welcher 21 Kinder an Herpes circinatus litten. In die Schule schien die Krankheit durch einen Knaben eingeschleppt zu sein, dessen Vater sich mit dem Scheeren von Pferden beschäftigte, und der mit derselben Scheere, deren er sich hierzu bediente, auch seinem Kinde die Haare beschnitten hatte.

In zwei von Stowers beschriebenen Fällen von Mykose (73) war im ersten Falle bei einem 11jährigen Knaben ausser zwei gewöhnlichen Areaflecken am Hinterkopfe ein im Durchmesser $2^1/_2$" grosser kahler Fleck auf dem rechten Scheitelbein vorhanden, welcher am unteren und vorderen Rande eine glatte Haut und neben einigen zersplitterten und kurz abgebrochenen, aber pilzfreien Haaren sonst nur gesunde zeigte, dagegen nach oben und hinten auf schuppender Haut gelbe, mit Mycelien dicht erfüllte Haarstümpfe trug. Dieser Fall hätte daher leicht zur Täuschung Anlass geben können, als wenn die Areaflecken durch Pilze erzeugt wären.

In einem zweiten Falle fiel bei einem 7jährigen Mädchen nach 6monatlichem Bestand eines „ringworm" fast das ganze Kopfhaar aus. Die Kopfhaut schuppte und die Schuppen waren von Mycelien und Sporen erfüllt (dieser Fall gehört somit wohl nicht eigentlich hierher U.). — Der dritte Fall betraf einen 11jährigen Knaben, der ausser drei Areaflecken einen Herpes tonsurans-Fleck an der Haargrenze des

Nackens und einige pilzhaltige Haare (auf demselben? U.) aufwies. — Der vierte Fall stammte aus Morrant Baker's Praxis und zeigte wie der dritte die beiden Affectionen vertheilt auf verschiedene Regionen des Kopfes. Unna.

Bericht über die vierte Jahresversammlung der Amerikanischen dermatologischen Gesellschaft

am 31. August, 1. u. 2. September 1880 in Newport.

Die „Amerikanische dermatologische Association" hat ihre vierte Jahresversammlung im Ocean House, Newport, Rhode Island am 31. August, 1. und 2. September 1880 abgehalten. Die verspätete Zusendung der officiellen „Transactions" trägt Schuld, dass wir erst heute von den Vorgängen bei diesen interessanten Verhandlungen Akt nehmen. Ein ausführliches Eingehen auf die einzelnen Vorträge ist ohnedies dadurch überflüssig, dass die wichtigeren derselben im Auszuge in unseren „Berichten" nach und nach erscheinen.

Am Eröffnungstage (31. August) hielt zuerst der diesjährige (zum 2. Male gewählte) Präsident, Prof. Duhring aus Philadelphia, einen einleitenden Vortrag über die Anfänge der Dermatologie in Amerika, welcher mit einem tiefgefühlten Nachruf an Hebra, dessen Tod eben bekannt worden war, schloss.

Hierauf folgten Vorträge von van Harlingen (Philadelphia) über Arzneiexantheme, von Hyde (Chicago) über Ainhum, und in der Abendsitzung von Heitzmann (New-York) über Hautgeschwülste, von Hardaway (St. Louis) über Papillome der Haut.

Am zweiten Tage (1. September) in der Morgensitzung: Grenough (Boston) über Herpes progenialis (verlesen von White), Graham (Toronto) über einen Fall von Sklerodermа, Duhring (Philadelphia) über Pityriasis maculata et circinata, Bulkley (New-York) Behandlung des Eczems der Hände und des Gesichtes; in der Abendsitzung: Fortsetzung der Debatte über den letzten Gegenstand, Atkinson (Baltimore) über das Kerion-Stadium der Tinea tonsurans.

Am dritten Tage (2. September) in der Morgensitzung verlas Prof. White (Boston) den Bericht des statistischen Comités

für 1880 (bis Ende Juni). Hierauf wurde über einen Fall von Lepra durch Hoegh (La Crosse, Wisconsin) berichtet; dann las Heitzmann (New-York) einen Aufsatz über einige von ihm in Betreff der Epilation angestellte Experimente; Bulkley (New-York) über Lichen planus des Penis; und wurde eine eingesendete Arbeit von W. Smith (Dublin) über zwei Fälle von Brüchigkeit der Haare verlesen.

Hierauf erfolgte die Installation der neuen Functionäre für 1880—1881 und zwar: Präsident: Dr. James Nevins Hyde (Chicago), Vicepräsidenten: Dr. Edward Wigglesworth (Boston) und Dr. Charles Heitzmann (New-York); Secretary: Dr. Arthur van Harlingen (Philadelphia); Treasurer: Dr. J. E. Atkinson (Baltimore). Die Versammlung vertagte sich sodann für den 30. und 31. August und 1. September 1881 und bestimmte zu ihrem Versammlungsorte abermals Newport.

Bibliographie des Jahres 1880.

Dermatologie.

Drittes Verzeichniss.

(Schluss von Jahrg. 1880 pag. 601 und 1881 pag. 179 ff.)

Babinski, Prurigo, geheilt durch Anwendung kalter Douchen. L'Union 167.

Baumgarten, Paul, Ueber Lupus und Tuberculose, besonders der Conjunctiva. Virch. Arch. LXXXII. 3. p. 397.

Bidencap, Ueber die Pockenepidemie in Christiania. Norsk Mag. 3. R. X. 12. Forh. S. 185.

Bignon, Henri René, Ueb. Acne varioliformis. Gaz. d. Hôp. 127.

Bouyer, L., Ueber Behandlung der Variola. Journ. de Thér. VII. 24. p. 921. Déc.

Broberg, J. V., Zur Geschichte der Pocken u. deren Behandl. Hygiea XLII. 8. S. 459.

Bruglocher, Variola ohne Exanthem. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVII. 44.

Bulkley, L. Duncan, Ueber Behandlung des Eczem am After und an den Genitalien. New-York med. Record XVIII. 25; Dec.

Cook, J. W., Ueber Impfung vom Kalbe. Lancet II, 20; Nov. p. 795.

Crocker, H. Radcliffe, Angeborne Erkrankung der Kopfhaut. Transact. of the clin. Soc. XIII. p. 40.

Crocker, H. Radcliffe, Fall von Lepra anaesthetica. Transact. of the clin. Soc. XIII. p. 172.

Danielssen, D. C., Bericht üb. d. Thätigkeit d. Lungegaards-hospital f. Lepröse f. 1877—79. Norsk Mag. 3. R. X. 12. S. 977.

Donner, Alex., Ein Beitrag zur Casuistik der idiopathischen multiplen Hautsarcome. Inaug.-Diss. Dorpat. Karow. 8. 32 S. mit Taf.

Donovan, Denis D., Ueber Rötheln. Dubl. Journ. LXX. p. 447. Nov.

Faye, Ueber d. Pellagra in Italien. Gaz. de Par. 43. p. 558.

Finny, J. Magee, Ueber Anwendung der Chrysophansäure bei Hautkrankh. Brit. med. Journ. Dec. 18. p. 972.

Foà, Ueber die Beziehung der Maisnahrung zur Entstehung d. Pellagra. Gaz. de Par. 49. p. 648.

Frölich, Ueber die Eigenwärme im Fieber der echten Blattern. Deutsche med. Wchnschr. VI. 48.

Goodhart, James F., Entwicklung von Keloid an Pockennarben. Transact. of the clin. Soc. XIII. p. 51.

Hillairet, Ueber Lymphadenitis der Haut. Bull. de l'Acad. 2. S. IX. 49. p. 1305. Déc. 7.

Hillairet u. Gaucher, Ueber die parasitäre Natur der Lepra. Gaz. de Par. 51. p. 682.

Hutchinson, J., Fall von Pemphigus bei einem Manne; Tod. Med. Times and Gaz. Dec. 11. p. 671.

Hutchinson, J., Ueber Fischnahrung als Ursache von Leprose. Lancet II. 19; Nov. p. 747.

Jarisch, Zur Pathologie d. Hautkrankh. Wiener med. Wchnschr. XXX. 47. 48. p. 1292. 1543.

Koebner, Fall von Lichen ruber. Berl. klin. Wchnschr. XVII. 50. p. 721.

Kranz, C., Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im K. Bayern im J. 1879. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVII. 50. 51.

Krause, W., Ueber Ultramarin in den Talgdrüsen. Med. Centr.-Bl. XVIII. 47.

Krosta, Ueber Behandlung der Hautkrankh. mit Chrysarobin. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. IX. 12. p. 674.

Labonté, J., Ueber Lepra tuberculosa. Edinb. med. Journ. XXVI. p. 435. Nov.

Landowski, Paul, Ueber Pemphigus und den Polymorphismus der Hautkrankh. Journ. de Thér. VII. 22. p. 853. Nov.

Lassar, Ueber Behandlung des Eczems. Deutsche med. Wchnschr. V. 51. p. 686.

Leprose mit Drüsengeschwulst. Transact. of the clin. Soc. XIII. p. 1.

Lombroso, Cesare, Ueber Pellagra in Umbrien und Friaul. Riv. clin. 2. S. X. 10. p. 299.

Lotz, Th., Pocken und Vaccination. 2. Aufl. Basel. Schwabe. 8. III u. 144 S. mit 6 Taf.

M'Leod, K., Fall von Molluscum. Edinb. med. Journ. XXVI. p. 405. Nov.

Mégnin, Ueber Tinea favosa und deren Uebertragung von Thieren auf Menschen. Gaz. de Par. 51. p. 699.

Meyer, Lothar, Impfbericht aus dem 47. Polizei-Revier in Berlin für 1880. Deutsche med. Wchnschr. VI. 48.

Munro, Robert, Fall von Lupus exedens. Glasgow med. Journ. XIV. 11. p. 385. Nov.

Neumann, Ueber die histologischen Veränderungen der Haut bei Masern und Scharlach. Wiener med. Presse XXI. 50. p. 1604.

Ödmansson, Ueber das Scharlachfieber in Stockholm. Hygiea XLII. 8. Svenska läkaresällsk. förh. S. 134.

Palmer, Pemphigus. Württemb. Corr.-Bl. L. 40.

Pasqua, Ueber Lepra und ihre Behandlung. Bull. de Thér. XCIX. p. 507. Déc. 15.

Pippingsköld, Miliariaausschlag nach Verzehrung einer alten Frucht. Finska läkaresällsk. handl. XXII. 4. S. 296.

Quist, Fall von Lepra. Finska läkarällsk. handl. XXII. 4. S. 296.

Radcliffe, H., Morphaea mit längs den Nerven verlaufenden Flecken. Transact. of the clin. Soc. XIII. p. 116.

Ranse, F. de, Ueber Cachexia pachydermica (Myxödem). Gaz. de Par. 51.

Raynaud, Pellagroides Erythem. Gaz. des Hôp. 126.

Sabarth, Ueber die Pockenepidemie zu Ernsdorf im Frühjahre 1880. Bresl. ärztl. Ztschr. II. 14.

Sangster, Alfred, Exfoliation und Suppuration der Nägel unbekannten Ursprungs. Transact. of the clin. Soc. XIII. p. 149.

Sangster, Alfred, Fall von Molluscum fibrosum. Transact. of the clin. Soc. XIII. p. 166.

Sangster, Alfred, Ueber d. Entstehung des Molluscum contagiosum. Med.-chir. Transact. LXIII. p. 149.

Scheuermann, S., Die persönliche Freiheit und der Entwurf eines eidgenössischen Seuchen- und Impfzwangsgesetzes. Warnungsruf an Behörden und Volk im Namen des schweizerischen Vereines gegen Impfzwang. 2. Aufl. Basel. Jenke. 8. 55 S.

Silbermann, Ueber Sklerodermie im Kindesalter. Bresl. ärztl. Ztschr. II. 3. p. 30.

Simon, Ueber die Einführung der animalen Vaccination. Bresl. ärztl. Ztschr. II. 1. 2. 3. p. 7. 17. 32.

Smith, Walter G., Ueber recurrirende Blasenbildung an der Hand (Cheiropompholyx, Dysidrosis, Pompholyx). Dubl. Journ. LXX. p. 390. Nov.

Squire, Balmanno, Chrysophansäure gegen Hautkrankh. Brit. med. Journ. Dec. 11. p. 922.

Squire, Balmanno, Ueber Behandlung der Tinea circinata. Transact of the clin. Soc. XIII. p. 63.

Startin, James, Fall von wahrer orientalischer Leprose. Lancet II. 18; Oct.

Stern, Emil, Ueber Impfergebnisse mit Thymollymphe. Bresl. ärztl. Ztschr. II. 17.

Streatfield, J. F., Einseitige Morphaea mit Exostosen und Hornhauttrübung. Transact. of the clin. Soc. XIII. p. 362.

Sweeting, R. D. R., Variola haemorrhagica; Tod. Lancet II. 22; Nov. p. 850.

Thin, G., Ueber Bacterium foetidum bei Fussschweiss. Brit. med. Journ. Nov. 20. p. 807.

Unna, Ueb. Ultramarin in d. Talgdrüsen. Med. Centr.-Bl. XVIII. 50.

Vallin, Lepra hyperaesthetica; wahrscheinl. Contagion. L'Union 158.

Voss, Ueber Behandlung der Psoriasis mit Sublimatbädern. Petersb. med. Wchnschr. V. 44.

Westerlund, E., Mittel gegen Elephantiasis Graecorum. Upsala läkarefören. förhandl. XVI. 1. S. 76.

Wilson, Sam.; H. W. Hill, Ueber Leprose. Lancet II. 20; Nov. p. 779.

Syphilis.

Drittes Verzeichniss.

(Schluss von Jahrg. 1880 pag. 612 und Jahrg. 1881 pag. 183 ff.)

Bergh, R., Fall von syphilit. Nagelaffection. Hosp.-Tidende 2. R. VII. 46. 47.

Bermann, J., Ueber den Pilz der Syphilis. Arch. of Med. IV. 3. p. 263. Dec.

Champneys, Francis Henry, Ueber d. Wirkung d. syphilit. Infection in 8 auf einander folgenden Schwangerschaften. Obstetr. Journ. VIII. p. 666. Nov.

Cube, M. v., Zur Lungensyphilis. Virch. Arch. LXXXII. 3. p. 516.

Finger, E., Ueber Purpura rheumatica als Complication blennorrhag. Processe. Wiener med. Presse XXI. 48. 49. 50.

Grefberg, Wilh., Ueber subcutane Behandlung d. Syphilis mit Bicyanuretum Hydrargyri. Inaug.-Diss. Helsingfors. 8. 198 pp.

Hardy, Syphilit. Hirngeschwulst. Gaz. des Hôp. 128.

Hock J., Ueber d. Complication d. Iritis spec. mit Erkrankungen d. Hornhaut. Wiener med. Presse. XXI. 52.

Holmberg, Syphilit. Ulcerationen im Larynx. Finska läkaresällsk. handl. XXII. 4. S. 291.

Hunt, Joseph, Fälle von syphilit. Gehirnaffection. Med. Times and Gaz. Nov. 13.

Hutchinson J., Phagedän d. Nase nach primärer Syphilis. Med. Times and Gaz. Dec. 18. p. 696.

Kipp, Charles J., Ueber Ohrenaffectionen bei hereditärer Syphilis. Transact. of the Amer. otol. Soc. II. 4. p. 390.

Lang, Eduard, Ueber die Häufigkeit und Frühzeitigkeit der Erkrankung des centralen Nervensystems und über Meningealirritation bei beginnender Syphilis. Wiener med. Wchnschr. XXX. 48. 49. 50. 51.

Langreuter, Georg, Ueber syphilit. Pharynxstricturen. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXVII. 3. u. 4. p. 322.

Lenz, Theodor, Girolamo Fracastoro's Syphilis oder gallische Krankheit. Mit deutscher Uebersetzung. Leipzig. Otto Wigand. 8. 32 S.

Lesser, E., Fälle von erworbener Syphilis bei Kindern. Bresl. ärztl. Ztschr. II. 24.

Lewin, W., Zur Casuistik der hereditären Syphilis. Berl. klin. Wchnschr. XVII. 48.

Norton, A. F., Exstirpation eines Theiles des Stirnbeins, d. Bodens an beiden Augenhöhlen, d. Siebbeins, von Theilen beider Oberkiefer, d. Vomer u. d. Gaumens, des linken grossen Keilbeinflügels und des linken Auges wegen syphilit. Affection; Genesung. Transact. of the clin. Soc. XIII. p. 48.

Orth, Wilh., Ueber die Immunität der Mutter bei Syphilis des Vaters u. angeborener Syphilis d. Kinder. Heidelberg. C. Winter. 8. 32 S.

Prickett, M., Ungewöhnl. Fall von congenitaler Syphilis. Lancet II. 25; Dec.

Smith, T. Gilbart, und W. J. Walsham, Sehr hochgradige Pharynxstenose durch Syphilis bedingt. Med.-chir. Transact. LXIII. p. 229.

Stefanini, Domenico, Fall von Reflexparaplegie bei Urethro-Cystitis blennorrhagica. Ann. univers. Vol. 253. p. 500. Dic.

Wagner, E., Die constitutionelle Syphilis und die davon abhängigen Nierenkrankh. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXVIII. 1. p. 94.

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.

Originalabhandlungen.

Ueber Trichorrhexis nodosa

von

Dr. S. Kohn,

emer. Secundararzt I. Classe der Rudolph-Stiftung, gegenwärtig Assistent der allgem. Poliklinik in Wien.

(Hiezu Tafel III.)

Hebra-Kaposi bezeichnet mit diesem Namen[1]) die von Wilks[2]) und Beigel[3]) zuerst beschriebene Erkrankung der Barthaare, welche mit Knötchenbildung und Brüchigkeit des Haarschaftes einhergeht.

In der Erklärung für das Zustandekommen dieses Krankheitsprocesses weichen die früheren Beobachter zum Theile ab und habe ich es daher über Anregung des Herrn Prof. Auspitz übernommen, an dem reichlich mir zur Verfügung stehenden Material der allgemeinen Poliklinik in Wien diesen Gegenstand neuerdings zu untersuchen.

Das Resultat meiner Beobachtungen sowie der unter freundlicher Anleitung des Herrn Prof. Schenk in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Ritter v. Hornbostel angestellten mikroskopischen Untersuchungen ist folgendes:

Entsprechend den bisherigen Beobachtungen findet man an den Barthaaren — dies der Hauptsitz der Erkrankung — grau gefärbte, scharf begrenzte rundliche Anschwellungen, welche theils vereinzelt, theils zu zweien, dreien, vieren und noch darüber perlschnurartig die Substanz des Haarschaftes in seinem oberen Drittel durchsetzen. Je nach der Intensität des Processes können

---

[1]) Hebra-Kaposi. Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1876. Band II, pag. 176.

[2]) Lectures of pathological Anatomy 1857.

[3]) H. Beigel. Sitzungsber. d. k. Academie d. Wissensch. Bd. XVII. pag. 612, 1855, Octoberheft (1 Tafel).

einzelne oder mehrere Haare ergriffen werden. Die Grösse der Knötchen, welche in verschiedener Entfernung von einander abstehen, ist eine verschiedene und hängt zumeist von dem Querdurchmesser (Dicke) des Haarschaftes ab. Am häufigsten findet man punktförmige, makroskopisch mit Mühe sichtbare Andeutungen, die nur selten mit kleinstecknadelkopf-grossen Gebilden untermischt sind.

Zuweilen kann man neben diesen Knötchen oder ganz selbstständig Rudimente derselben beobachten. Dieselben bilden an bereits abgebrochenen Haaren kolbige Anschwellungen und können, wenn sie in grosser Anzahl vorhanden sind, das Barthaar derart verunstalten, dass dasselbe wie angebrannt erscheint.

Versucht man ein so erkranktes Haar, welches beim Biegen stets eine winkelige Einknickung an der aufgetriebenen Stelle hinterlässt, mittelst einer Pincette auszuzupfen, so bricht es in der Weise ab, dass ein Theil des Knötchens am peripheren Ende des Haarstumpfes, der andere am abgebrochenen Haarschafte haften bleibt.

Beim Auszupfen des Haares an einer unterhalb des Knotens — respective des untersten Knotens — gelegenen Stelle gelingt es wie bei ganz gesunden Haaren den Haarschaft sammt Wurzel intact zu Tage zu bringen.

Wie es scheint, handelt es sich bei vorliegendem Processe nicht um eine Folgeerscheinung von krankhaften Vorgängen in den Follikeln, Haarwurzelscheiden, Talgdrüsen oder umgebenden Geweben, sondern um eine idiopathische partielle Structurveränderung des Haarschaftes.

Dass die einzelnen Pünktchen oder Knötchen keine angeklebte[1]), sondern eine durch Structurveränderung des Haarschaftes bedingte Masse darstellen, geht daraus hervor, dass man dieselbe zum Unterschiede von Nissen oder anhaftenden Schüppchen, mit denen man sie leicht verwechseln könnte, vom Haarschafte nicht abzustreifen vermag.

---

[1]) Mr. Morris legte der Londoner pathologischen Gesellschaft Präparate von Fällen vor, bei welchen die Knötchen am Haarschafte der Kopfhaare aufsassen, und beobachtet diese von Trichorrhexis nodosa verschiedene Erkrankung als Resultat der Anwendung eines schleimigen Haaröls.

Von Beigel, Belli[1]) und Devergie[2]) wurde diese Anomalie nur je zweimal und zwar von Ersterem an Bart-, von Letzteren je einmal an den Kopfhaaren, von Schwimmer[3]) nur dreimal an Barthaaren, von Hebra-Kaposi fünfzehnmal an Barthaaren und Augenbrauen, von Neumann[4]) auch an Haaren der Achselhöhle beobachtet.

Wenn schon diese verschiedenen Beobachtungen über Häufigkeit des Vorkommens und Localisation der genannten Erscheinung die Vermuthung anregen, dass es sich hier nicht um einen auf gewisse Stellen localisirten, sondern um einen mehr ausgebreiteten Process handle; kann man nach systematischer Untersuchung des Gesammthaares vieler Individuen die Gewissheit erlangen, dass dieser allen atrophischen Processen (Ergrauen der Haare etc.) analoge Vorgang sehr häufig und an Haaren beliebiger Körperstellen vorkommen könne. Allerdings werden Haare einzelner Körperstellen häufiger als andere ergriffen und man kann die Regel aufstellen, dass entsprechend dem verschiedenen Querdurchmesser des Haarschaftes, der je nach der Körpergegend variirt, der obgenannte Process am häufigsten und intensivsten an Barthaaren, seltener an Schamhaaren und äusserst selten in Form vereinzelter Knötchen an Haaren anderer Körperstellen auftritt.

An den Barthaaren selbst gelangen verschiedene Grade dieser Erkrankung zur Beobachtung.

Der intensivste Grad, welcher eine Verunstaltung des Barthaares zur Folge hat und deswegen der ärztlichen Behandlung respective der wissenschaftlichen Untersuchung übermittelt wird, kommt sehr selten vor; daher auch die geringe Anzahl der von früheren Beobachtern angeführten Fälle. Häufiger kann man mittlere Grade dieser Erscheinung beobachten. Man sieht dann ziemlich oft die einzelnen Knötchen oder deren Reste entweder auf eine scharf begrenzte Gruppe von Haaren des Schnur-, Kinn- und Backenbartes oder dieselben diffus über einzelne Haare des Gesammtbartes in mässiger Menge oder in beiden Arten der Ausbreitung neben einander vertheilt. Je nach der partiellen (insel-

[1]) Giornale Italiano delle malattie della pelle. 1872, IV.
[2]) Annales de Dermatologie et de Syphilographie. 1872, I.
[3]) Diese Vierteljahresschrift 1878, 4. Heft, pag. 581.
[4]) Neumann, Lehrbuch der Hautkrankh. 1880, pag. 433.

förmigen) oder mehr diffusen Ausbreitung klagen die Kranken über partielle oder universelle Brüchigkeit der Barthaare. Die dritte Art der Ausbreitung — und das ist wohl die häufigste — besteht darin, dass man nahezu an jedem Barte, namentlich an einem dickhaarigen braunen Schnurbarte an den einzelnen Haaren bei langer und mühevoller Umschau sicherlich vereinzelte Knötchen entdecken kann.

Ueber die Entstehungsweise und Ursache dieser Erscheinung differiren die Ansichten.

Beigel stellt die Hypothese auf, dass durch Zersetzung der Marksubstanz Gasentwickelung und durch diese Auftreibung des Haarschaftes entstehe.

Wir finden zwar das Phänomen des Austretens von Gasen[1]) bei Zusatz von concentrirter Salpetersäure bestätigt, führen es aber nur auf ein mechanisches Eindringen von atmosphärischer Luft in die Höhlen des Haarschaftes zurück, da wir dieselbe Erscheinung sehen, wenn wir mit dem Rasirmesser Einkerbungen in normales Haar machen und dann Salpetersäure oder unterbromigsaures Natron[2]) zusetzen.

Hebra-Kaposi bestreiten nicht die Möglichkeit dieser Beigel'schen Hypothese und setzen hinzu: „dass ein Theil der Veranlassung in der individuellen Disposition des Individuums, gerade so wie beim Vorkommen von krausem und schlichtem Haare gelegen sei".

Andere Beobachter heben die Pilznatur dieses Leidens hervor.

So berichtet Desenne über ein eigenthümliches Leiden „Piedra", welches bei den Eingeborenen von Columbia vorkomme und Folgezustand von Pilzen sei.

Neumann glaubt, dass auch äussere Ursachen, welche eine rasche Vertrocknung der Corticalis herbeiführen, die Auftreibung erzeugen könnten. Er führt als Beispiel profuse Schweisse in der Achselhöhle an, welche durch ihren Fettsäuregehalt dasselbe ver-

---

[1]) Behandelt man nämlich gesunde trichorrhektische Haare unter dem Mikroskope mit concentrirter Salpetersäure, dann erscheinen unter dem Deckgläschen bei gesunden Haaren eine Menge kleiner Luftbläschen, während aus den kranken eine grössere Anzahl sehr grosser Blasen aufsteigt.

[2]) Auf Anrathen des Herrn Prof. E. Ludwig in Wien.

anlassen. Gleichzeitig wird von ihm ein Fall berichtet, bei welchem zahlreiche Psorospermien gesehen wurden.

Die von uns an den äusseren Filamenten der zerfaserten Knoten gefundenen kleinen hellen Körper (Fig. 3 *a*), die sich bei den verschiedenen Behandlungsmethoden nicht ändern und mit Schwimmer als Conidien zu deuten sind, schliessen die Pilznatur dieses Leidens vollkommen dadurch aus, dass dieselben nur zuweilen an obgenannter Stelle, nie aber im Knoten, noch anderen Bestandtheilen des Haares anzutreffen sind und dass sie vermöge ihrer geringen Zahl zur Intensität des Processes in gar keinem Verhältnisse stehen. Man kann sie daher unmöglich als Urheber dieses Processes, sondern vielmehr als Ablagerungen der atmosphärischen Luft betrachten.

Die Annahme einer Atrophie (Hebra-Kaposi, Auspitz, Schwimmer) als ursächliches Moment dürfte in folgenden mikroskopischen Befunden einen Anhaltspunkt finden: Bei Behandlung des Haarschaftes mit concentrirter Kalilauge oder Essigsäure bestätigt sich der von Beigel angegebene Befund der Auftreibung der Marksubstanz bis zu einer perlschnurartigen Figur. Diese Auftreibung haben wir jedoch nie in einer aufgetriebenen Stelle, sondern nur im Anfangsstadium dieser Erkrankung, in einem Stadium, das äusserlich noch gar keine Knoten erkennen lässt, beobachtet (Fig. 1 *a*).

In denjenigen Fällen — und das hat auch Beigel zumeist, Schwimmer immer gesehen — wo bereits eine Auftreibung besteht, existirt die Marksubstanz nicht mehr, sie ist in der Nähe des Knotens verloren gegangen.

Untersucht man einen solchen Knoten (Figur 2 a) näher, so findet man denselben unter dem Mikroskope als eine pinselartig zerfaserte Masse. Die einzelnen Fasern sind zum grossen Theil nach aussen, zum Theil den gegenüberliegenden Fasern der anderen Hälfte des Knotens wie zwei mit ihren Borsten ineinander geschobene Pinsel gelagert. Bei Einstellung eines abgebrochenen Haares wird man natürlich die Hälfte des oben beschriebenen Bildes, also eine pinselartige Figur, welche ihre Fasern nach aussen und vorne ausstrahlen lässt, beobachten.

Als Zwischenglied des obgenannten Anfangsstadiums (Schwellung der Marksubstanz) und des durch pinselartige Zerfaserung

sich charakterisirenden Schlussstadiums wäre die Höhlenbildung zu betrachten.

Diese Erscheinung, welche wir öfter zu sehen Gelegenheit hatten, war eine Spaltung in grössere Fascikel innerhalb des Schaftes, die allem Anscheine nach aus dem gewöhnlichen Knoten hervorgegangen waren. Während die äusseren Schichten denselben Anblick boten, wie man es bei gewöhnlichen zerfaserten Knoten vorfindet, sah man im Innern eine oder mehrere durch breite Streifen von Rindensubstanz von einander getrennte Höhlen (Figur 3 *b*).

Die Ansicht von Höhlenbildung wurde noch bestätigt durch Präparate, die wir in Terpenthin unter die Luftpumpe brachten und dadurch aufhellten. Man sah deutlich, dass die einzelnen Zellen der Rindensubstanz gelockert, im Auseinanderfallen begriffen waren. Zu demselben Resultate führten Querschnitte durch Knoten, bei denen wir nur einen Theil der Marksubstanz durch Luft ersetzt fanden.

Die von Schwimmer im zerfaserten Knoten (Beigel) in der Wurzel beobachteten dunklen schollenartigen Punkte kann man auch im Verlaufe des Haarschaftes (Figur 3 *c*), sowie an Haaren, die nicht trichorrhektisch erkrankt, wohl aber am Ende gespalten sind, vorfinden.

Da dieselben selbst bei tagelanger Behandlung weder vom Aether noch von verdünnten Alkalien verändert wurden, können sie nicht als Fett (Beigel) gedeutet werden und bleiben somit unaufgeklärt.

Die Haarwurzel der erkrankten Haare haben wir mit Schwimmer verschmälert gefunden; sie läuft fast in einer Richtung mit dem Schafte (Figur 2 *b*).

Der Umstand, dass Schwund des Markes an einzelnen Stellen sich vorfindet, dass Atrophie der Wurzel, die Häufigkeit des Vorkommens dieses Processes, die Theilung des Stammes in grössere Abschnitte, das Vorkommen von schwarzen Schollen auch an Haaren, die nicht trichorrhektisch erkrankt, wohl aber am Ende gespalten sind, sprechen nach unserer Ansicht für einen der Spaltung (Trichoptilosis) analogen, wenn nicht identischen Process, der eingeleitet wird durch partielle Austrocknung des Mar-

kes, Ansammlung von Luft in den Zwischenräumen des Markes, Ausdehnung der Markhöhle und seinen Abschluss findet im Bersten der Rindensubstanz, vollständigem Loslösen oder Abbrechen der Haare.

Es wäre somit dieser Process als eine von Stelle zu Stelle — nicht continuirlich — auftretende Atrophie der Marksubstanz oder als partieller Schwund zu betrachten.

Die blos bei Verunstaltung des Barthaares in Betracht kommende Behandlung dieses Leidens wird sich blos, da caustische Waschungen (Beigel), Schwefel[1]) und Theer (Kaposi) sich als erfolglos erwiesen hatten, auf das öftere Abrasiren beschränken müssen. Zuweilen werden auch durch dieses die normalen Structurverhältnisse nicht erzielt.

[1]) Schwimmer will nach Einreibung mit einer aus Zink und Schwefelblumen bestehenden Salbe Besserung erzielt haben.

Ueber Abdunstung des Quecksilbers aus dem bei der Inunctionscur in Anwendung kommenden Unguentum Hydrargyri cinereum.

Von

Dr. Wings.

Die mercurielle Behandlung der Syphilis durch die sogenannte Inunctionscur, die bei dieser Methode in Anwendung kommenden, nicht unerheblichen Quantitäten von Ungt. Hydrarg. cinereum, mussten nothwendig auch die Frage in den Vordergrund drängen, wie das Quecksilber bei dieser Methode zur Wirkung gelange.

Dass eine Aufnahme desselben ins Blut stattfindet, kann nach dem heutigen Standpunkte der Erfahrung als eine ausgemachte Thatsache angesehen werden. Der chemische Nachweis des Quecksilbers im Urin nach dem Gebrauche der Salbe ist unzählige Male durch verlässige Angaben geliefert worden, und so möchte ich denn gleichfalls meine Erfahrungen an dieser Stelle kurz durch die Angabe registriren, dass es mir in dem letzten Jahrzehnt wiederholt gelungen ist, sichere Reactionen für das Vorhandensein von Quecksilber im Urin nach stattgehabter Inunctionscur zu gewinnen.

Die oben bezeichnete Frage trat erneut nach dem Erscheinen der Schrift: „Die Physiologie der Haut“, experimentell und kritisch bearbeitet von Dr. A. Roehrig, in grösserem Masse an die Syphilidologen heran, und namentlich waren es auch einige der hiesigen Badeärzte, welche den in der genannten Schrift dargelegten mannigfaltigen Beobachtungen warmes Interesse widmeten. Allein auch dem Chemiker dürfte es bei der Lösung solcher Fragen nicht versagt sein, sein Scherflein beizutragen, und so habe ich denn durch die in der Ueberschrift angedeuteten Versuche nur einen

Beitrag zu den bis jetzt gelieferten, sich auf die qu. Frage beziehenden Beobachtungen angestrebt.

Hinsichtlich der vielen seit einem Viertel-Jahrhundert über die physiologische Wirkung des Ungt. cinereum entwickelten Anschauungen möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass ich früher der Ansicht beigepflichtet, wie sie von Bärensprung und Anderen ausgesprochen, und hierin durch die Beobachtung bestärkt wurde, dass schwache, organische Säuren, wie verdünnte Essig- und Milchsäure, aus dem officinellen Ungt. cinereum bestimmbare Quantitäten von Quecksilberoxydul zu extrahiren gestatteten.

Geht man auf die Zusammensetzung der Salbe näher ein, welche je nach ihrem Alter durch Oxydation (Ranzigwerden) des Fettes Verbindungen der entstandenen Fettsäuren mit Quecksilberoxydul enthalten wird; so ist zu berücksichtigen, dass bei der Inunctionscur wegen des Gehaltes des Schweisses an organischen Säuren und unter Annahme der Einwirkung sonstiger Hautsecrete für die Resorption des Quecksilbers immerhin Anhaltspunkte geboten sind.

Durch den Umstand jedoch, dass in dem frisch bereiteten Ungt. cinereum der Oxydulgehalt ein sehr unbedeutender ist und erfahrungsgemäss zwischen alter und frischer Salbe kein Unterschied in der Wirkung besteht, tritt selbstredend die Anschauung, dass in dem Oxydulgehalte ein wesentlicher Factor zu suchen sei, in den Hintergrund.

Der Constatirung des aus der officinellen Salbe durch organische Säuren extrahirbaren Quecksilberoxyduls liegen folgende Versuche zu Grunde:

10 Gramm einer Salbe, mit der grössten Sorgfalt nach Vorschrift der Pharmacopoea Germanica durch zweitägiges Verreiben des Quecksilbers mittels der Dampfmaschine bereitet, wurden bei gelinder Wärme geschmolzen, hierauf mit 50 Gramm einer auf 37 bis 38° C. erwärmten, zehnprocentigen Essigsäure eine halbe Stunde lang kräftig und anhaltend geschüttelt und nach dem Erkalten filtrirt. Das Filtrat, in entsprechender Weise untersucht, ergab für das in Lösung gegangene Oxydul: 0,007.

Derselbe Versuch wurde mit einer gleichen Quantität Salbe und 50 Gramm zehnprocentiger Milchsäure angestellt. Das Re-

sultat für das in Lösung gegangene Oxydul war mit dem oben angeführten übereinstimmend. Zur Erledigung der Frage, ob die Löslichkeit des Quecksilberoxyduls durch vorhandenes Fett beeinträchtigt werde, wurde letzteres aus 10 Gramm der Salbe mittelst Benzin und Aether entfernt und der Rückstand mit 50 Gramm zehnprocentiger Milchsäure bei 37 bis 38° C. eine halbe Stunde lang geschüttelt; das Filtrat lieferte bei der quantitativen Bestimmung: 0,009 Quecksilberoxydul.

10 Gramm einer 5 Monat alten Salbe, in gleicher Weise behandelt, ergaben an Quecksilberoxydul: 0,014.

Nunmehr zu Versuchen übergehend, deren Zweck es war, die Verdunstung des Quecksilbers in quantitativer Hinsicht festzustellen, bemerke ich, dass ich bei denselben nur die Quecksilbermengen ins Auge gefasst habe, welche, wie bei der Inunctionscur in höchst fein vertheiltem Zustande auf grössere Flächen vertheilt, zur Abdunstung gelangen können. Ehe ich zu den Versuchen mit Ungt. cinereum schritt, hielt ich es für geboten, vorerst an Stelle des die Verdunstung beeinträchtigenden Fettes in dem Ungt. cinereum eine Substanz zu wählen, von welcher vorausgesetzt werden konnte, dass sie der qu. Verdunstung keinerlei Hinderniss entgegensetzte; ich nahm dazu chemisch reine, kohlensaure Kalkerde, vollständig frei von Schwefelsäure und Chlor.

20,0 dieser Kalkerde wurden im Porzellanmörser mit 10,0 reinem Quecksilber verrieben und die Arbeit auf etwa drei Stunden ausgedehnt, nach welcher Zeit weder mit blossem Auge, noch mit einer schwachen Loupe sichtbare Metallkügelchen wahrgenommen werden konnten. Von dieser Verreibung wurden bestimmte Gewichtsmengen auf dünne Glasplatten gleichmässig und bis zu einer Grösse von 50 □Ctm. ausgebreitet und die Platten nunmehr während einer bestimmten Zeitdauer, zunächst bei gewöhnlicher Temperatur, dann auf dem Boden eines viereckigen Wasserbades von der Construction, wie es in Fresenius' quantitativer Analyse beschrieben, einer erhöhten, durch ein Geisler'sches Maximalthermometer genau normirten Temperatur ausgesetzt. Die Bestimmung der Menge des abgedunsteten Quecksilbers geschah mit einer genauen, $^1/_5$ Milligramm angebenden chemischen Wage, und die factische Abdunstung wurde jedesmal nach der von Mer-

get [1]) angegebenen, äusserst empfindlichen Quecksilberprobe mit ammoniakalischer Silbernitratlösung controlirt.

Es dunsteten ab:

A. Bei gewöhnlicher Temperatur.

1. Aus 1 Gramm der Verreibung von 1 Hg + 2 $CaCO_2$ und 50 □Ctm. Fläche, in 48 Stunden: 0,008.

Die Temperatur schwankte während der Nacht zwischen

---

[1]) Ueber Abdunstung des Quecksilbers sind seit Faraday, welcher die Tension des Dampfes bei verschiedenen Temperaturen untersuchte und zu seinen Versuchen die Reaction der Verquickung von Goldblättchen anwandte, mehrfache Beobachtungen angestellt worden. Mit Faraday glaubte man als feststehend annehmen zu müssen, dass bei — 6,7° C. eine Abdunstung nicht mehr stattfinde, dass bei gewöhnlicher Temperatur die Abdunstung sich auch nur wenige Centimeter über dem Metalle erstrecke und hierbei auch nur eine schwache Amalgamirung, bei 20—25° erst nach einigen Tagen, bei 0° erst nach langer Zeit und auch nur dann auftrete, wenn das Goldblättchen sehr nahe über dem Quecksilber angebracht war. Karsten schlug als empfindlichere Reaction jodirte Silberplatten vor, und Brame als noch empfindlichere Reaction Schwefel in höchst fein vertheiltem Zustande; durch letztere Reaction konnte festgestellt werden, dass sich die Quecksilberdämpfe weit über die früher angenommenen Grenzen zu erheben vermochten; und dass sie überhaupt nach dem allgemeinen, für die Diffusion gasförmiger Körper massgebenden Gesetze diffundirten. Brame constatirte mittelst seiner Reaction die Verdunstung aus den Amalgamen und aus dem Ungt. Hydrarg. cinereum. Am empfindlichsten jedoch für den Nachweis von Quecksilber und für die Feststellung der früher nicht geahnten grossen Flüchtigkeit desselben ist die in Fresenius' Zeitschrift für analytische Chemie mitgetheilte, oben angedeutete Reaction von Merget. Derselbe fand die Lösungen von Salzen edler Metalle und vor Allem ammoniakalisches Silbernitrat als ausserordentlich empfindliches Reagens. Bringt man nämlich in einen Raum, worin nur die geringsten Mengen von Quecksilberdämpfen vorhanden sind, ein mit der qu. Silbernitratlösung beschriebenes Papier, so tritt nach kurzer Zeit in Folge der Reduction des Silbersalzes Schwärzung der Schrift ein. Fresenius führt an, dass Merget durch Benützung dieses ausserordentlich empfindlichen Mittels folgende Thatsachen constatirt habe: 1. dass die Verdampfung continuirlich erfolgt und selbst durch Erstarrung des Metalls bei — 44° C. nicht unterbrochen wird; 2. dass die Dämpfe ein bedeutendes Diffusionsvermögen besitzen. Bei Versuchen, die in Räumen von bedeutender Höhe und Ausdehnung angestellt wurden, ergab sich nämlich, dass sich darin die Dämpfe, welche flüssiges Quecksilber bei verhältnissmässig kleiner Oberfläche verbreitete, vom Boden bis zur Decke nachweisen liessen.

10—12° C. im Tage zwischen 14—20° C. In weiteren 24 Stunden: 0,0045.

Nachts schwankte die Temperatur zwischen 12—13° C., im Tage zwischen 15—20° C.

In 24 Stunden, bei 12—14° C. Nachts und 16—20° C. im Tage: 0,0045.

In 48 Stunden, bei einer Tagestemperatur von 15—19° C.: 0,008.

Mit einem Gramm der gleichen Verreibung und 50 □Ctm. Fläche wurden gleichzeitig Controlversuche angestellt. Die vorgenommenen Wägungen lieferten genau dieselben Zahlen, wie die vorhin erwähnten.

B. Im Wasserbade.

Aus 2 Gramm der Verreibung im Verhältniss von 1 Hg + 2 Ca CO^3 und 50 □Ctm. Fläche.

1. Bei verschlossenem Kasten und einer Temperatur von genau 47° C. nach 5 Stunden: 0,011.

2. Bei verschlossenem Kasten und einer Temperatur von genau 37° C. nach 5 Stunden: 0,007.

3. Bei offenem Kasten und einer Temperatur von 47° C. nach $2^1/_2$ Stunden 0,014.

4. Bei offenem Kasten und einer Temperatur zwischen 42 und 47° C. nach $2^1/_2$ Stunden: 0,012.

5. Bei offenem Kasten und einer zwischen 37 und 39° C. schwankenden Temperatur, in $1^1/_2$ Stunden: 0,0055.

6. Bei offenem Kasten und einer Temperatur von 35,5 C. bis 36° C. in 2 Stunden: 0,0055.

Bei offenem Kasten und einer Temperatur von 34,0—35° C. in $2^1/_2$ Stunden: 0,0060.

2,0 derselben Verreibung und 50 □Ctm. Fläche hatten einen Gewichtsverlust von nur 0,001 in 96 Stunden unter der Chlorcalciumglocke bei 12—18° C. Zimmertemperatur.

1,0 derselben Verreibung und 50 □Ctm. Fläche verlor bei 80—95° C. in 2 Stunden bei mässiger Luftcirculation: 0,173, und 31,51 Gramm reines Hg auf einem flachen Uhrglase unter denselben Verhältnissen und Temperaturen in 2 Stunden: 0,0215.

Der Durchmesser der auf dem Uhrglase von dem Quecksilber gebildeten Kreisfläche betrug 2,8 Ctm. = 6,1575 □Ctm. Fläche.

Das letztere Verdunstungsresultat auf 50 □Ctm. Fläche berechnet, gibt 0,1745, ungefähr dieselbe Zahl, welche bei dem vorhergehenden Versuche erzielt worden, wo die Quantität des in der Verreibung enthaltenen Quecksilbers nahezu 100 Mal geringer war. [1])

Aus Ungt. Hydrarg. cinereum, nach Vorschrift der Pharmacop. Germanic. durch zweitägiges Verreiben des Quecksilbers mittelst der Dampfmaschine bereitet, dunsteten ab:

Von 1 Gramm bei gewöhnlicher Temperatur und 50 □Ctm. Fläche in 72 Stunden: 0,0025.

Von 1 Gramm bei 37—38° C. in geschlossenem Kasten und 50 □Ctm. Fläche, in 5 Stunden: 0,0012.

Von 1 Gramm bei 37—38° C. in offenem Kasten und 50 □Ctm. Fläche, in 5 Stunden: 0,0035.

Dieselben drei Versuche wurden mit der gleichen Menge Salbe mehrere Male wiederholt und jedesmal mit Rücksicht auf die Verdunstung des Quecksilbers die vorstehend angeführten Resultate gleichmässig erzielt.

Von dem verwandten Ungt. cinereum wurde ferner das Quecksilber durch Schmelzen im Wasserbade vom Fette getrennt und von letzterem 1 Gramm bei 50 □Ctm. Fläche jedesmal gleichzeitig mit dem bei den vorstehend erwähnten Versuchen angewandten Ungt. cinereum derselben Temperatur und Zeitdauer ausgesetzt; das Gewicht blieb stets constant.

Legt man den aus den vorstehenden Versuchen resultirenden Verdunstungsfactor des Ungt. cinereum, also 0,0035 Quecksilber, zu Grunde, so lässt sich bei den Inunctionscuren, wenn die Grösse der eingeriebenen Stelle bekannt, einfach die Verdunstung berechnen, welche nach aussen hin bei normaler Luftcirculation stattfindet; beträgt die mit Salbe eingeriebene Fläche 750□ Ctm., so kommen in 24 Stunden 0,252 Quecksilber zur Abdunstung, und beim Frottiren einer solchen Stelle während einer halben Stunde nur 0,0052; rechnet man hierzu das bedeutende Diffusionsvermögen des Metalles, welches so intensiv ist, dass es selbst in hohen Zimmerräumen in kurzer Zeit in allen Theilen und sogar an der Decke nachzu-

[1]) 34,641 Gramm Hg in einer sehr dünnen Glasschale im Wasserbade dem Dampfe des siedenden Wassers ausgesetzt, verloren bei 2,9 Ctm. Kreisfläche in 2 Stunden: 0,054.

weisen ist, so wird die Menge des von dem Einreibenden sowohl, als auch von dem Eingeriebenen während der kurzen Zeit des Frottirens inhalirte Quecksilber so minimal, dass nur von einem höchst unwesentlichen Einflusse die Rede sein kann. Die Quantität ist offenbar zu gering, um irgend welche wahrnehmbare Affection annehmen zu können. Dem gegenüber steht allerdings die Thatsache fest, dass die Arbeiter der Spiegelfabriken entschieden den schädlichen Einflüssen des verdampften und diffundirten Quecksilbers ausgesetzt sind; wer aber je eine derartige Fabrik besucht hat, dem wird es klar, wie bedeutend die Summe der Abdunstungsflächen sein muss, welche das verschüttete, an Staubpartikeln haftende und zum Belegen der Spiegel in Angriff genommene Metall bietet [1]). Es steht fest, dass überall da, wo grössere Flächen Quecksilber zur Abdunstung gelangen, auch per os eine der abgedunsteten Quantität entsprechende Wirkung auf den menschlichen Organismus stattfindet. Hieraus erklären sich die Beobachtungen, nach welchen bei Schmiercuren in Spitälern auch bei solchen Salivation eingetreten, welche nur als Zimmergenossen anwesend waren.

Die Versuche beweisen ferner, dass die Verdunstung bei unvollständigem Luftzutritt wesentlich geringer ist, als bei ungehindertem Luftzutritt, und dass somit also auch bei der Inunctionscur für die innere Quecksilberschicht, also diejenige, welche unmittelbar die Haut bedeckt, nicht jener Verdunstungsfactor in Betracht gezogen werden kann, welcher für die äussere bei ungehindertem Luftzutritt auftritt; für erstere Schicht kann offenbar hinsichtlich der qu. Verdunstung nur die Respiration der Haut massgebend sein, welche bei allen Organismen in einem den Diffusionsgesetzen entsprechenden Gasaustausche besteht. Legt man die Thatsache zu Grunde, dass Quecksilberdämpfe mit Rücksicht auf Diffusion sich ebenso verhalten, wie alle anderen gasförmigen

[1]) Der gemachten Angabe, dass während der Zeit des Frottirens, sowohl bei dem Eingeriebenen, als bei dem Einreibenden, nur eine höchst minimale, verschwindend kleine Menge Hg per os in den Organismus gelange, steht die Erfahrung zur Seite, dass bei der grossen Zahl von Inunctionscuren, welche im Laufe der Jahre hier unternommen worden, und bei welchen einzelne der Frotteure ihr Geschäft von Morgens früh bis Abends spät betrieben, so viel mir bekannt, bei Letzteren nie eine wesentliche Beeinflussung und nicht ein einziger Fall eingetretener Salivation beobachtet worden.

Körper, deren Penetriren durch die Epidermis entschieden erwiesen ist, so tritt selbstredend die Frage in den Vordergrund, in welcher Form das von dem Organismus aufgenommene Metall seine Wirkung vollführe. Es darf wohl mit Sicherheit angenommen werden, dass die Gesammtmenge des in so höchst fein vertheiltem Zustande eintretenden Metalles in den Chemismus des organischen Lebens hineingezogen und in Folge dessen seine Wirkung als chemische Verbindung ausüben werde. Die Umwandlung von fein vertheiltem Quecksilber, dem Oxyd, dem Calomel und anderen Verbindungen durch Chlornatrium in Sublimat ist allgemein anerkannt; ebenso ist constatirt, dass das Metall nach Anwendung der Salbe im Harne stets nur als chemische Verbindung angetroffen worden ist.

Dass Quecksilber mit den Dämpfen des heissen Wassers in merklicher Weise abdunstet, ist eine feststehende, in vielen Lehrbüchern der Chemie angeführte Thatsache [1]); bis jetzt jedoch sind, so viel mir bekannt, keine Angaben gemacht worden, welche sich über diese Verdunstung in quantitativer Hinsicht aussprechen. Ich bin deshalb zu nachfolgenden Versuchen geschritten: 53,696 Quecksilber wurden in einem Glasschälchen mit einer kleinen Menge destillirten Wassers übergossen und während 3 Stunden im Wasserbade der Temperatur des siedenden Wassers ausgesetzt; nachdem das Wasser abpipettirt und die letzten Antheile mit Filtrirpapier, ohne jedoch das Metall zu berühren, aufgesogen, wurde die Schale mit Hilfe der Chlorcalciumglocke auf constantes Gewicht gebracht.

Die Wägung ergab einen Gewichtsverlust von: 0,002.

Der Versuch wurde noch einmal wiederholt; derselbe war von denselben Resultaten begleitet.

Der Durchmesser der von dem Quecksilber gebildeten Kreisfläche betrug: 3,4 Centimeter.

Die Fläche entspricht demnach: 9,079 □Centimeter.

---

[1]) Schon Wiggers und Gmelin constatirten Quecksilbergehalt in Wasser, welches mit dem Metalle einige Zeit hindurch gekocht worden. Ersterer kochte 600 Gramm Wasser mit 60 Gramm Hg; Die decantirte Flüssigkeit zeigte zwar keine Reaction mit Schwefelwasserstoff und Zinnchlorür; allein nach Abdampfen derselben mit 10 Tropfen Salpetersäure bräunte sich der Rückstand schwach mit Schwefelwasserstoff. Gmelin decantirte nach mehrtägigem Stehen und wies gleichfalls Quecksilber nach.

Von 750 □Centimeter Fläche würden demnach: 1,3208 Quecksilber in 24 Stunden abdunsten.

In gleicher Weise wurde im Wasserbade dieselbe Quantität mit destillirtem Wasser der Verdunstung ausgesetzt, und zwar so, dass die das Quecksilber überdeckende Wasserschicht $^1/_2$—1 Centimeter nicht überstieg, die Temperatur beständig auf + 36—39° C. während 75 Stunden erhalten blieb und das verdampfte Wasser in entsprechender Weise erneuert wurde. Die Abdunstung des Hg betrug während dieser Zeit gleichfalls: 0,002.

Der Versuch wurde auf 225 Stunden ausgedehnt und ergab für diese Zeit einen Gewichtsverlust von: 0,0055.

Von 750 □Centimeter Fläche würden demnach bei den genannten Temperaturen in 24 Stunden: 0,0528 Quecksilber zur Abdunstung gelangen. Das Quantum des abgedunsteten Metalles beim ersten Versuche ist 25mal grösser als beim zweiten.

Der Versuch der Abdunstung des Metalles unter Wasser bei 36—39° C. steht im Widerspruche mit der in der einschlägigen Literatur stellenweise ausgesprochenen Ansicht, dass bei Inunction des Ungt. ciner. von einem Durchdringen des Quecksilbers als Dampf durch die Haut aus dem Grunde abzusehen sei, weil letztere ihres Feuchtigkeitsgehaltes wegen ein Verdampfen unmöglich mache.

Gegenüber dieser Ansicht dürften die nachfolgenden Anschauungen wohl berechtigt erscheinen. Es liegt mir fern, bei Anwendung des erwähnten Abdunstungsversuches auf die Frage des Penetrirens des Quecksilberdunstes durch die intacte lebende Haut die Gesammtmenge des bei dem Versuche gleichzeitig abdunstenden Wassergases mit in Rechnung ziehen zu wollen; die Haut ist im Wesentlichen nur als Ausscheidungsorgan, namentlich für Wasser in Gasform, zu betrachten und eine Resorption in ausgesprochenen Quantitäten aus dem Grunde nicht denkbar, weil die Tension des austretenden Wassergases offenbar eine grössere ist, als die, welche unter normalen Verhältnissen von der Haut aus stattfinden kann. Bei Anwendung des erwähnten Versuches auf die qu. Frage lege ich daher nur Gewicht auf die durch denselben constatirte Thatsache, dass bei Körperwärme nachweisbare Quantitäten von Quecksilberdampf in Wasser überzugehen vermögen.

Aus den Versuchen ist zu schliessen, dass bei verschiedenen Temperaturen auch verschiedene, immer nur eine dem Drucke und der Temperatur entsprechende Sättigung des umgebenden Wassers mit allerdings nur geringen Mengen dunstförmigen Quecksilbers massgebend ist. Da experimentell die Aufsaugung für Gase auch durch die feuchte Haut und selbst im Bade erwiesen, so ist nicht abzusehen, weshalb Quecksilberdunst sich anders verhalten sollte, als andere Gase, deren Penetriren durch die intacte Epidermis erwiesen ist. Mit der Durchlässigkeit sind selbstredend die bereits oben erwähnten chemischen Vorgänge in Zusammenhang zu bringen, von welchen vorausgesetzt werden muss, dass, da alle Bedingungen zu einer verhältnissmässig raschen Umwandlung des Metalls, namentlich seines gasförmigen Zustandes wegen, in eine chemische Verbindung innerhalb des Organismus gegeben, letztere auch auftreten wird; die durch den Lebensprocess bedingte Abführung dieser entstandenen Verbindung in der Blutcirculation wird die Ursache eines continuirlich vor sich gehenden Verbrauchs des dunstförmig in der feuchten Haut verbreiteten Metalles in sich schliessen.

Ich wage es nicht, über die quantitative Aufnahme bestimmte Angaben auszusprechen, jedoch dürften die nachfolgenden Combinationen und gemachten Berechnungen immerhin einige Anhaltspunkte bieten. Unter Berücksichtigung der Eingangs dieser Arbeit constatirten Thatsache, dass der Fettgehalt des Ungt. ciner. die Abdunstung des Metalles so beeinflusst, dass bei gleichen Flächen Salbe und reinem Metall das Abdunstungsverhältniss sich rund wie 1 : 5 stellt, und unter Zugrundelegung der bei dem Versuch der Abdunstung unter Wasser erzielten Zahl von 0,0528 für 750 □Ctm., wäre bei der Inunctionscur für 750 □Ctm. Fläche und 24 Stunden Zeit: 0,0106 Quecksilber als zur Abdunstung und durch die Haut in den Organismus gelangendes Quantum in Rechnung zu ziehen. 0.0106 auf Quecksilberchlorid berechnet, geben: 0,0143 [1]).

[1]) Bei den Inunctionscuren schwankt die Grösse der eingeriebenen Flächen zwischen 750, 1000, 1200 und selbst 1500 □Ctm. In den vorstehenden Angaben sind stets 750 □Ctm. in Rechnung gezogen worden; selbstverständlich müssen sich die Werthe der Abdunstung in entsprechender

Dies Quantum steht im Einklange mit den bei den subcutanen Injectionen in Anwendung kommenden Dosen von Quecksilberchlorid.

Als einen ferneren Beitrag zu Lösung der Frage der Einwirkung des Quecksilberdampfes auf lebende Organismen habe ich, da im Lebensprocesse aller Organismen der Austausch von Gasen als eine im Wesentlichen übereinstimmende physiologische Erscheinung anzusehen ist, die Einwirkung auf Pflanzen durch nachfolgende Versuche klar zu stellen mich bestrebt [1]).

Als Object für diese Untersuchung wählte ich Echeveria metallica, Ord. Crassulaceae. Eine Analyse der Aschenbestandtheile ergab:
CaO, MgO, Fe_2, O_3, NaO, Spuren von KaO, Cl, SO_3, CO_2, SiO_2, Spuren von P_2 O_5.

Die Pflanze bestand aus Pfahlwurzel und neun handgrossen Blättern; dieselbe wurde mit dem Wurzelstock in eine kleine, bis zum Hals mit destillirtem Wasser gefüllte Flasche gestellt, und nachdem der Flaschenhals selbst mit einer aus geschmolzenem Colophon und Sebum bestehenden Harzfettschicht sorgfältig geschlossen worden, während 96 Stunden unter einer tubulirten Glasglocke von entsprechender Grösse bei mässig gehemmter Luftcirculation und einer zwischen 10—28° C. schwankenden Temperatur der Einwirkung von Quecksilberdämpfen ausgesetzt. Die Abdunstung geschah von einer auf drei dünnen Glasplatten zu je 50 □Ctm. ausgebreiteten Verreibung von 1 Hg + 2 $CaCO_3$. Die Menge des in 96 Stunden zur Abdunstung gelangten Quecksilbers betrug: 0,029.

Weise mit der Zunahme der Grösse der eingeriebenen Flächen erhöhen. Aus den oben angeführten Verhältnisszahlen berechnen sich daher:

Für eine Einreibungsfläche:

von 1000 □Ctm.	von 1200 □Ctm.	von 1500 □Ctm.
0,0141.	0,0169.	0,0212.

entsprechend Quecksilberchlorid:

0,0191.	0,0228.	0,0286.

[1]) Die zu den vorerwähnten Versuchen verwandten Pflanzen waren Monate lang mit einem Brunnenwasser getränkt worden, welches von den hiesigen Thermalquellen beeinflusst, in 10,000 Theilen 4,676 NaCl enthielt. In Folge dessen war der Cl-Gehalt derselben ein erhöhter, wie aus der Aschenprüfung hervorging.

Nach geschehener Einwirkung während der angegebenen Zeit wurden drei Blätter von der Cuticula durch sorgfältiges Abziehen derselben befreit, hierauf etwas zerkleinert, in Filtrirpapier eingeschlagen und in einer Schraubenpresse zwischen dicken Glasplatten gepresst; der abfliessende Saft diente zu nachfolgenden Reactionen: Etwa 6 Gramm des Saftes in einem Porzellanschälchen im Wasserbade erhitzt, gaben mit der Merget'schen Probe keine Reaction, Zusatz von ClH hatte gleichfalls keinen Einfluss; sofort aber trat die Reaction bis zur Bräunung der mit ammoniakalischem Silbernitrat hergestellten Schriftzüge auf, nachdem eine geringe Quantität Zinnchlorür zugesetzt worden.

Der Versuch wurde mehrere Male erneuert und lieferte stets gleiche Resultate. Die erwähnten Reactionen vergleichsweise mit den Blättern eines Exemplares derselben Pflanze, welche nicht den Einflüssen von Quecksilberdämpfen ausgesetzt gewesen, wiederholt, liessen keine Einwirkung auf ammoniakalisches Silbernitrat erkennen.

Die gesammten Operationen wurden in derselben Weise mit Exemplaren der Echeveria retusa angestellt und dabei in allen Theilen dieselben Resultate erzielt, wie bei der Echeveria metallica. Aus der Combination der eingeschlagenen Operationen und der gefundenen Resultate ergeben sich hinsichtlich der Einwirkung von Quecksilber auf die als Versuchsobjecte angewandten Organismen folgende Schlüsse:

Da ein vollständiger Abschluss der Wurzel durch eine für Gase undurchdringliche Harzfettschicht bewirkt worden, und dadurch Bedenken rücksichtlich der Aufnahme von Quecksilberdämpfen durch dieses Organ beseitigt sind, und ebenso durch die Entfernung der Cuticula vor dem Abpressen der Blätter ein Einwand rücksichtlich der Ablagerung von Quecksilber und etwa entstandenen Verbindungen desselben nicht entgegen gestellt werden kann, so darf wohl mit Sicherheit angenommen werden, dass die Quecksilberdämpfe nur durch Vermittlung der Hautorgane des Stengels und der Blätter in den Organismus der Pflanze gelangt sind. Da ferner die angestellten Reactionen in dem abgepressten Safte das Vorhandensein einer Mercuridverbindung dargethan haben, so darf gleichwohl angenommen werden, dass jene Verbindung nur durch

chemische Vorgänge während des Lebensprocesses der als Versuchsobjecte angewandten Organismen entstanden ist [1]).

Die vorstehende Arbeit verdankt ihre Entstehung der Anregung einiger mir befreundeten Aerzte; ich betrachte sie als einen nur kleinen Beitrag zu dem bis jetzt bekannten, umfassenden, reichen Material zur Erklärung der Frage der Einwirkung des metallischen Quecksilbers auf den menschlichen Organismus. Aus der mir zu Gebote stehenden einschlägigen Literatur war die Abdunstung des Metalles in quantitativer Hinsicht nur wenig ersichtlich, weshalb ich diesem Punkte speciellere Berücksichtigung geschenkt habe. Obgleich die Versuche nur für einen engeren Kreis bestimmt, eine Veröffentlichung nicht beabsichtigt, und dieselben bereits seit längerer Zeit fertig gestellt waren, so habe ich doch geglaubt, sie aus dem Grunde einem grösseren Publikum nicht vorenthalten zu sollen, weil einzelne der gefundenen Resultate bereits anderweitig literarische Verwerthung gefunden haben.

Aachen, im October 1880.

---

[1]) Ich bemerke, dass bei den oben erwähnten wiederholten Versuchen an Stelle des ammoniakalischen Silbernitrates auch Chlorpalladiumlösung angewandt worden ist. Letztere dürfte überhaupt aus dem Grunde dem Silbernitrat vorzuziehen sein, weil Beeinflussung der Reaction durch vorhandene flüchtige organische Stoffe nicht so leicht entgegengestellt werden kann. Die angewandte Chlorpalladiumlösung war eine titrirte, wovon 1 Cctm. = 0,001 Jod in löslicher Verbindung.

Das Rhinophyma.

Von

Dr. H. v. Hebra,

Docent für Dermatologie in Wien.

(Hiezu Tafel IV und 2 Holzschnitte.)

Mit dem Namen Rhinophyma belegt man ein Neoplasma an der Nase, welches eine wesentliche Intumescenz derselben hervorruft. Die Verdickung erfolgt selten gleichmässig an allen Stellen, sondern meist ungleichmässig, wodurch sich eine gelappte, höckerige Oberfläche entwickelt. Diese Lappen sitzen manchmal mit breiter Basis auf, in anderen Fällen sind sie gestielt, wodurch sie eine gewisse Labilität erlangen und bei jeder Bewegung des Kopfes schlottern. Je nachdem, ob sich diese Lappen seitlich oder an der Spitze mächtiger entwickeln, bekommt die Nase eine grössere Breite oder Länge. Im ersteren Falle kann sie so breit werden, dass die Lidspalte dadurch theilweise gedeckt wird, im zweiten so lang, dass sie bis über die Oberlippe herabreicht. Die Menge und Grösse der Lappen sind grossen Verschiedenheiten unterworfen. Man findet Nasen, an denen nur 3 grosse (2 seitliche und 1 vorderer) Lappen sich befinden, und wieder andere, bei denen die Zahl der Auswüchse 10 und mehr sind.

Die Farbe solcher Nasen ist nicht stets dieselbe; meist ist sie roth, blauroth, zu anderen Malen aber auch schiefergrau, in seltenen Fällen weicht sie von der normalen Färbung kaum ab. Bei genauer Besichtigung findet man meist breite, rothe, blaurothe Streifen an der Oberfläche, die sich als stark ausgedehnte Blutgefässe erkennen lassen; diese Erscheinung kann aber auch vollkommen fehlen.

Die Consistenz dieser Tumoren ist eine teigig weiche. Die Oberfläche ist glänzend, sehr fett, mit zahlreichen kleineren und grösseren Poren versehen, aus denen sich bei dem geringsten Drucke grosse Mengen Talg entleeren lassen, der einen unangenehmen, ranzigen Geruch verbreitet.

Das Gebilde ist meist auf die Nase allein beschränkt und nimmt von der Spitze gegen die Nasenwurzel an Intensität der Entwicklung ab. In seltenen Fällen werden auch die benachbarten Partien der Wangen und der Augenbrauenbogen davon ergriffen. Ausser dem Gefühle der Schwere und der Behinderung im Sehen und den Bewegungen des Mundes, in hochgradig entwickelten Fällen, hat der davon Befallene keinerlei unangenehme Empfindungen.

Die ersten Anfänge der Intumescenz erfolgen sehr langsam, bald aber wächst sie rascher und entwickelt sich im Verlaufe weniger Jahre zu beträchtlicher Grösse, auf der sie dann durch sehr lange Zeit so ziemlich unverändert persistirt. Vereiterung oder geschwüriger Zerfall wurde nie beobachtet. Bei jugendlichen Individuen wird das Uebel nicht beobachtet, das reifere Alter, um die Fünfziger herum, ist es, in welchem diese Erscheinungen auftreten.

Ihre Bekanntschaft ist eine keineswegs neue, wie verschiedene satyrische Epigramme des classischen Alterthums beweisen, von denen das auf Pompilius das bekannteste ist. Dagegen existiren von jener und noch viel späterer Zeit keine Beschreibungen in medicinischen Werken, und wenn auch von Acne rosacea mit Schwellung und Gedunsensein des Gesichtes die Rede ist, so ist doch stets aus dem Anführen von gleichzeitig vorhandenen Pusteln zu ersehen, dass das Rhinophyma dort nicht gemeint sein kann.

Erst Sennert [1]) schildert ein Individuum, dessen Nase und Wangen in oben geschilderter Weise ergriffen war.

Er schreibt: Summum Tubercula ista interdum incrementum, ut facies inaequalis et horrida evadat, et nasus valde augeatur.

Vixit ... non procul a Dresda vir, cui hoc malo affecto nasus ita incrementum sumsit, ut eum in legendo impediret: quod malum ipsum eo adegit, ut anno 1629 particulas quasdam de naso sibi amputari curaret.

---

[1]) Pract. med. Lib. V. pars. I cap. 31.

Fast 150 Jahre später behandelt Lorry[1]) das Uebel selbstständig, da er nicht im Capitel de Gutta rosea, sondern unter de rubore et Tumoribus in cute narium sich folgendermassen verlauten lässt: Sed si nulla excitetur inflammatio, si sola congestio humoris fiat, si augeatur illa sensim, tunc agglomerati tumores figuram nasi prorsus deturpant, ipsique dant difformes appendices .... Sed saepe non una appendix nasum dehonestat.

Alle späteren Autoren, bis auf den heutigen Tag handeln im Gegensatze zu Lorry unsere Neubildung stets bei der Acne rosacea ab.

So sagt Batemann[2]): die Nase schwillt vorzüglich auf.... und im höheren Lebensalter vergrössert sie sich zuweilen zu einer ungeheuren Gestalt.

Alibert erwähnt nur vorübergehend mit einigen Worten des Vorkommens; Cazenave und Schedel führen es gar nicht an.

Dagegen gibt Rayer[3]) eine sehr präcise Schilderung pag. 643: Enfin dans quelques cas plus rares, la couperose n'étend pas son siège audelà des ailes du nez, sur lequel s'élèvent des tumeurs rugueuses, d'un rouge livide, plus ou moins considérables. Tous les tissus élémentaires de cet organe se gonflent au point de donner à cette partie de la face une dimension double et triple de celle qui lui est ordinaire.

Josef Frank, der dem „Kupferhandel" nur 11 Zeilen widmet, erwähnt dieser Tumoren gar nicht. Fuchs[4]) beschreibt sie kurz: Die anfangs kleinen Erhabenheiten werden immer grösser, zu förmlichen Auswüchsen und Höckern und endlich treibt sich das Unterhautzellgewebe der Nase auf, sie schwillt beträchtlich an und verunstaltet mit ihren oft erbsen- und bohnengrossen Anhängseln und ihrer lividen Röthe das Gesicht.

Biett schreibt Rayer's Schilderung fast wörtlich ab.

---

[1]) Tractatus de morbis cutaneis, Paris 1777. pag. 647.

[2]) Praktische Darstellung der Hautkrankheiten nach Willan's System bearbeitet. Uebersetzt von Abraham Hanemann in Hamburg. Halle 1815, pag. 416.

[3]) Traité théorique et pratique des maladies de la peau. 2. Auflage. Paris 1835.

[4]) Fuchs Conrad Heinrich. Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge. Göttingen 1840. pag. 216.

Gustav Simon [1]), Maurie Chaussit [2]), Duchesne-Duparc [3]), Sam. Plumbe [4]), Gibert [5]), A. Todd Thomson [6]), Hardy [7]), Rochard [8]) u. viele A. geben zutreffende Beschreibungen. Hebra [9]) hat diese Affection abgebildet und auf S. 73 des begleitenden Textes geschildert; dort ist es, wo der Name Rhinophyma, der nun der gebräuchliche geworden ist, das erstemal angetroffen wird, während frühere und gleichzeitige Autoren, wie die vorgenannten, von Acne hypertrophica sprechen.

In seinem Lehrbuche (pag. 626) fehlt der Name Rhinophyma und wird von einer Acne rosacea 3. Grades gesprochen, der die Charaktere jenes attribuirt sind. Alle Schüler Hebra's haben in ihren Werken dieselbe Eintheilung beibehalten: es würde den

---

[1]) Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. 2. Aufl. Berlin 1851. pag. 362.

[2]) Traité élémentaire des maladies de la peau. Paris 1853, pag. 215.

[3]) Traité pratique des Dermatoses. Paris 1859, pag. 215.

[4]) A practical treatise on the Diseases of the Skin. London 1837, pag. 71. In einer Note: Lastly, in more rare cases, cuperose does not extend beyond the alae of the nose, on which are elevated rugous livid tumors. All the elementary tissues of this organ swell, so as to give it double or treble the dimensions which it usually has.

[5]) Traité pratique des maladies de la peau. Paris 1840, pag. 197.

[6]) A practical treatise on Diseases affecting the Skin. London 1850, pag. 410. — The nose swells to a great size, acquires a fiery redness , the nostrils become distended and patulous, and the ala divided into lobes, and so disfigured as to hang down, not unlike the appendage over the beak of a turkey-cock. Under such circumstances the tubercular pustules become darker red, and more livid; and when they suppurate, ulcers, difficult to heal, are formed. Letztere Bemerkung wird von keinem anderen Autor constatirt.

[7]) Leçons sur les maladies de la peau, publiées par Moysant. 2. Aufl. pag. 115, unter Acne hypertrophica.

[8]) Traité des maladies de la peau. Paris 1860, pag. 334. L'état tuberculeux (de l'acné rosacée) peut passer à l'état hypertrophique. Ce qui contribue le plus à caractériser cet état hypertrophique, c'est qu'à l'extension constante de cette forme d'acné rosacée se joint en outre un épaississiment considérable de la peau, une exagération du volume des glandes sébacées, et l'intumescence du tissu cellulaire sousjacent; le tout est surmonté de veines bleuâtres et considérablement dilatées, qui donnent à ces tumeurs un aspect d'un rouge violacé.

[9]) Atlas der Hautkrankheiten. Heft 7, Tafel 6.

Leser ermüden, wenn wir die einander sehr ähnlichen Beschreibungen citiren wollten.

Die einzige Ausnahme unter den Autoren macht Erasmus Wilson [1]). Er beschreibt die Pfundnase nicht als Acne rosacea, hat ihr den Namen Spargosis gegeben und begründet diese Neuerung folgendermassen:

The Greek appellation Spargosis, signifying a state of swelling, has been very appropriately applied to this affection.... The kind of swelling intended to be distinguished by this word is a condition of Hypertrophy involving principally the areolo-fibrous tissue, but nevertheless one in which however the vascular element of the organ likewise participates.

Wilson gebraucht aber seine Bezeichnung nicht nur für unser Neugebilde an der Nase, sondern er wendet sie auch an bei ähnlichen Affectionen an anderen Körperstellen, was aus den Worten hervorgeht: thus, we can conveniently employ the terms Spargosis nasalis, Spargosis penis, scrotalis, cruralis, brachialis and so forth. Ja auf Seite VIII in der Einleitung und auf S. 178 ist sogar zu lesen: Spargosis, or elephantiasis Arabum.

Wilson ist, wie man sieht, im Widerspruche mit allen anderen modernen Autoren, da er die in Rede stehende Krankheit nicht in Verbindung mit der Acne rosacea bringt, sondern sie als eine Hypertrophie auffasst, wie sie auch an anderen Localitäten, Haut und Unterhautzellgewebe ergreifen kann. Die Argumente, die Wilson anführt, sind freilich nicht sehr bedeutend und eher aprioristisch zu nennen, da die Resultate von mikroskopischen Untersuchungen nicht vorliegen. Und dennoch hat, wie wir glauben, Wilson mit seiner Trennung beider Uebel das Richtige getroffen, wenn auch seine Auffassung als eine Elephantiasis Arabum nicht zulässig erscheint, was unsere weiter unten angegebenen Untersuchungen zeigen sollen.

Gustav Simon war der erste, der von der mikroskopischen Investigation einer mächtig angewachsenen Nase Mittheilung macht [2]). „Ich habe die Nase eines Trunkenboldes untersucht, die

---

[1]) Lectures on Dermatology delivered in the Royal College of Surgeons of England in 1874—1875. pag. 169.

[2]) l. c. pag. 362.

mit mächtig grossen von Acne rosacea herrührenden Höckern besetzt war. Die Höcker sollen im Leben dunkel geröthet und stark prominirend gewesen sein, an der Leiche war indess die Röthe unbedeutend, ein Hervorragen der Anschwellung über das Niveau der Haut aber doch deutlich zu erkennen. Die Verdickung rührte hier vom völlig ausgebildeten Bindegewebe her, welches sich in grösserer Menge vorfand, als an anderen nicht aufgetriebenen Hautstellen; — ausserdem waren alle Talgdrüsen der Nase stark erweitert und mit festem Hauttalg angefüllt. Als die Nase einige Zeit in Weingeist gelegen hatte und der hiedurch locker gewordene Hauttalg aus den Bälgen genommen worden war, erschien die Haut derselben durch die stark dilatirten Drüsenmündungen wie siebförmig durchlöchert."

Zwar hat Hebra schon im Jahre 1845 [1]) erkannt, dass im Gegensatze zur Acne vulgaris, bei der ein entzündlicher Process, eine Folliculitis platzgreift, bei der Acne rosacea eine Neoplasie vorherrscht; denn er sagt: „Gewöhnlich reiht man unter die Acne-Arten die sogenannte Acne rosacea, die jedoch in keinem Exudativprocesse, sondern in einer Gefäss- und Zellgewebs-Neubildung ihr Entstehen findet und oft mit Acne disseminata combinirt vorkommt, daher bei den Neubildungen erwähnt werden wird". Und wirklich finden wir bei den „aus Zellgewebsfasern bestehenden Wucherungen" die Acne rosacea eingereiht. Dennoch hat später Hebra in seinem Lehrbuche die Acne rosacea in der 4. Classe nach der Acne vulgaris abgehandelt, auf pag. 624 aber den Satz hinzugefügt: dass die Besprechung der Acne rosacea eigentlich in dem Capitel über Neubildungen stattfinden sollte und nur aus Gründen der Aehnlichkeit mit der Acne vulg. und um nicht nur Ein Kriterium als Eintheilungsgrund gelten zu lassen, mit dieser letzteren Acneform abgehandelt wird.

In den meisten übrigen Werken über Hautkrankheiten wird diese Reservation so gut wie übergangen und fehlen in ihnen histologische Daten über das Rhinophyma.

---

[1]) Versuch einer auf pathologische Anatomie gegründeten Eintheilung der Hautkrankheiten von Dr. Ferd. Hebra. Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte. 2. Jahrgang. I. Band. pag. 145 und 216.

Rokitansky bespricht es unter den Hypertrophien; auf pag. 55, II. Band, findet sich: „Endlich gehören hierher (Hypertrophie der Lederhaut) die gemeinhin mit Varicosität und reichlicher Gefässneubildung, mit Erweiterung der Talgfollikel ausgestattete wuchernde Nase.“

In den wenigsten Handbüchern über pathologische Anatomie wird davon überhaupt Erwähnung gethan.

Biesiadecki [1]) hat in den Berichten der Krakauer Akademie eine Reihe von histologischen Untersuchungen veröffentlicht. Aus den beigegebenen Abbildungen und aus einigen lateinischen Worten konnten wir bemerken, dass auf pag. 38 die Acne rosacea abgehandelt wird, aber leider konnten wir den polnisch geschriebenen Aufsatz nicht lesen. Kaposi's [2]) Citat dieser Arbeit zufolge bestehen die lappigen und geschwulstartigen Neubildungen aus neugebildetem, gallertartigem Bindegewebe, welches einer Organisation zu festem, bleibendem Gewebe fähig ist. Ferner lässt sich Ausdehnung und Hypertrophie der Talgdrüsen, sowie Blutgefässneubildung und Ectasirung constatiren.

Aus Voranstehendem ersieht man, dass eine allen Anforderungen entsprechende pathologische Anatomie des Rhinophyma noch nicht existirt; wir haben es daher unternommen dazu beizutragen und waren durch das Vorkommen einiger dazu geeigneter Fälle unterstützt.

Die zur Untersuchung verwandten Hautstücke stammen von zwei Männern her, die ihr Leiden schon durch viele Jahre getragen hatten. Dem entsprechend finden wir auch in den Bildern der mikroskopischen Schnitte zumeist das vorgeschrittene Stadium, das fait accompli. Die Anfangsformen zeigen sich nur da, wo die Neubildung von Geweben über die alten Grenzen hinaus sich zu erstrecken sucht. An diesen Stellen sind Vorgänge zu erwarten, welche den Anfangsformen nahe liegen. Man kann aus diesem Grunde die Frage bezüglich der Entstehung des Gewebes unserer Difformität nur aus den randständigen, jüngsten Bildun-

---

[1]) Anatomija patologiczna gruczołów skórnych przez Prof. Alfreda Biesiadeckiego, 1874.

[2]) Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen. Wien 1880, pag. 459.

gen beantworten und nicht aus den Anfangsformen der ganzen Neubildung, da wir diese nicht zur Untersuchung bekommen konnten. Bei der seltenen Geneigtheit der verunstalteten Individuen aber, eine Operation vornehmen zu lassen, ist es heute noch gar nicht abzusehen, wann wir wieder in den Besitz geeigneten Untersuchungsmateriales gelangen würden und es möge daher die Schilderung des anatomischen Befundes dieses ausgebildeten Rhinophymas vorläufig erscheinen.

Wenn man genauere Einsicht in die histologischen Verhältnisse dieser Neubildung nimmt, so ist vor Allem auffallend, dass man ganz dieselben Elemente wiederfindet, welche in der Haut im normalen Zustande enthalten sind; nur, und darin liegt eben der abnorme Zustand, — ist die Anordnung dieser Elemente insoferne eine andere, als sie stellenweise massenhafter vorkommen, während sie an anderen Orten wieder spärlicher zu sehen sind, als es den physiologischen Verhältnissen entsprechen würde.

Man sieht das schon an Zupfpräparaten genau. Bereitet man sich solche von einem abgeschnittenen Stücke eines Rhinophyma, so findet man sowohl in den oberflächlichsten als auch in den tiefsten Schichten nichts Anderes, als bindegewebige Elemente, theils in Entwicklung begriffen, d. i. mit Kernen und Fortsätzen versehene Elementarorganismen, neben ihnen vollständig ausgebildetes Bindegewebe, — theils solche Gebilde mit einem verhältnissmässig starken Protoplasma, kleinem Kerne, polygonal geformt, als Inhalt von Talgdrüsen, und endlich Elemente aus den Wandungen der Gefässe, kurz, es sind durchwegs Gebilde, wie sie den normalen Geweben an der Haut der Nase entsprechen.

Uebersichtlich und daher interessanter gestalten sich die Verhältnisse, wenn wir die verschiedensten Partien eines Rhinophyma auf möglichst dünnen Schnitten untersuchen.

Schon bei geringer (5maliger Lupen-) Vergrösserung (Fig. 1) kann man beobachten, dass der Durchschnitt einer solchen Hautpartie vorwiegend Talgdrüsen der verschiedensten Grösse enthält, die einen mehr oder weniger weiten Ausführungsgang (*c*) besitzen. Wie sehr diese Drüsen in ihren Dimensionen variiren, erkennt man, wenn man die grössten Räume (*a*) mit in Betracht zieht, da ja diese gleichfalls die Zellen einer vergrösserten Talgdrüse beherbergten, welches Contentum beim Härten und Schneiden herausfiel.

Behufs Erläuterung dieser Zeichnung (Fig. 1) ist zu bemerken, dass die randständigen Vertiefungen und Erhöhungen den Grenzen der einzelnen Lappen entsprechen. Epidermis (*d*) und Rete Malpighii (*e*) sieht man nicht wesentlich verändert; stellenweise, besonders an den umgebogenen Rändern etwas verdickt. Das oberflächlichste Stratum der Cutis zeigt an der Berührungsfläche mit dem Epithellager eine mehr oder weniger höckerige Oberfläche (*f*). Die tieferen Lagen der Cutis sind gleichfalls reich von Drüsenpacketen (*b*) durchsetzt.

Bei stärkerer Vergrösserung ist in der Epidermis und dem Malpighischen Netze nichts Auffallendes zu finden, was mit den anomalen Vorgängen bei der Bildung und Vermehrung der Talgdrüsen in Zusammenhang gebracht werden könnte. Man sieht die einzelnen aufeinanderfolgenden Schichten in beiden Lagen der Epithelialdecke nahezu normal. Stellenweise zeigt sich die Malpighische Schichte verdickt, welche Stellen besonders den Vertiefungen in der oberflächlichsten Lage der Cutis entsprechen. Am mächtigsten wird sie aber an jenen Stellen, wo eine Fortsetzung der Epithelialschichten in die Haarwurzelscheiden sich vorfindet. Häufig erscheinen die tieferen Epidermislagen mächtiger, als de norma, was wohl darin seinen Grund finden mag, dass die Epidermiszellen länger kernhaltig bleiben.

In der Cutis begegnet man einer grösseren Anzahl von Durchschnitten erweiterter Gefässe, die theils quer, theils der Länge nach getroffen sind. Besonders auffallend aber sind die Bündel von Drüsen, welche in ihrer Beschaffenheit und in ihrem Aussehen den vergrösserten Talgdrüsen entsprechen, von den normalen sich jedoch dadurch unterscheiden, dass sie eine grössere Anzahl von Läppchen besitzen, die durch mächtige Bindegewebszüge (Fig. 2 *S*) von einander getrennt sind.

Diese Trennung kann jedoch nicht als eine vollständige angesehen werden, da man sich überzeugen kann, dass die diversen Lappen und Läppchen gegen das Lumen des gemeinschaftlichen Ausführungsganges hin, gemeinsam ausmünden. Die Bindegewebszüge innerhalb der Drüsen stehen in directem Zusammenhange mit dem Bindegewebe der Cutis. Da dasselbe innerhalb der Drüse kernhaltig ist, kann man es als ein Gewebe jüngerer Bildung betrachten und ferner noch desshalb, weil von ihm aus die kleineren Triebe,

welche fächerartig in verschiedenen Richtungen zwischen die Enchymzellen der Talgdrüsen hineinziehen, — abgegeben werden.

Man kann diese Bindegewebsfortsätze als charakteristisch für die pathologisch veränderte Talgdrüse ansehen und sie scheinen, wie wir bald auseinandersetzen werden, das Primäre bei der Neubildung zu sein, insoferne sie als formbildend bei der Veränderung der Drüse angesehen werden können. Im Ganzen ist die Cutis auffällig verdickt und enthält, wie schon oben erwähnt, viel mit Kernen versehenes embryonales Bindegewebe. In Fig. 3 ist ein kleiner Abschnitt bei stärkerer Vergrösserung zu sehen. Man findet stellenweise Zellen und Kerne, welche die Stätte für Bindegewebsneubildungen abgeben und an die von Kusnezoff und Obersteiner beschriebenen Nester erinnern.

Es erübrigt noch die Structur der Wandung des Ausführungsganges einer so mächtig vergrösserten Talgdrüse zu untersuchen. In Fig. 4 findet sich ein solcher Ausführungsgang bei starker Vergrösserung abgebildet. Man sieht dort 2 Comedonen gemeinsam an der Oberfläche ausmünden, da die, die einzelnen Drüsenlappen umgebenden Bindegewebs - Züge in der mittelsten Partie nicht so weit nach oben reichen, als an den beiden seitlichen.

Bis auf die Ausmündungsstelle der Comedonen sind die einzelnen wahrnehmbaren Structurverhältnisse der Gewebe in Uebereinstimmung mit den in Fig. 2 dargestellten. Wie oben schon angedeutet, erkennt man hier (in Fig. 4) sehr deutlich, dass die Enchymzellen der Talgdrüsen kernhältig bleiben, bis nahe an die Ausmündungsstelle, wo sie ihre Kerne verlieren und die deutliche Begrenzung der Contouren ihres Protoplasmas schwindet. Innerhalb des Ausführungsganges sieht man daher eine schmierige, feinkörnige Masse, welche dunkel pigmentirte Partikelchen trägt. Bei noch stärkerer Vergrösserung zeigt sich in der That, dass hier, entsprechend dieser dunklen Partie, Zellen und Zellreste enthalten sind, die zahlreiche dunkle Körnchen besitzen und von der Wand des Ausführungsganges herrühren.

Fig. 5 *K Z* stellt diese Körner-Zellen dar.

Als Ergebniss dieser unserer Untersuchungen, darf behauptet werden, dass zur Entwicklung des Rhinophyma die Bindegewebsneubildung, nebst den aus den vermehrten und dilatirten Blutgefässen etwa stammenden Gewebselementen, die Hauptursache

abgibt. Durch Vermehrung der Faserzüge, Verdickung des Unterhautzellgewebes und des bindegewebigen Antheiles der Haut allein muss eine Massenzunahme hervorgerufen werden; durch die vielfältige Theilung der einzelnen Drüsenlappen in mehrere Läppchen, gleichzeitige Proliferation von Drüsenelementen und Production von ganz erstaunlichen Mengen von Talg, der nur äusserst träge entleert wird und so durch Rückstauung eine weitere Ausdehnung der Drüsenwand hervorruft, — erreicht die Neubildung ihre monströsen Formen. Wir finden daher, dass der Process als eine Hyperplasie der Haut der Nase und der angrenzenden Bezirke der Wangen und Stirnhaut angesehen werden muss. Mit Ausnahme derjenigen epithelialen Gebilde, welche die Bedeckung der Lederhaut bezwecken, participiren sämmtliche Gewebe an dieser Hyperplasie. Am meisten ist selbe in den Talgdrüsen entwickelt, die zu cystenartigen Gebilden umgewandelt sind.

Der Ansicht von Wilson zuwider, sprechen wir uns aber gegen eine Gleichstellung des Rhinophymas mit der Elephantiasis Arabum aus. Schon klinisch lässt sich der Unterschied constatiren, dass ersteres nie unter entzündlichen Erscheinungen beginnt. Ohne dass jemals ein Erysipelas vorangegangen wäre, nur bei bestehender stärkerer Injection durch die dilatirten kleinen Blutgefässe, tritt das Rhinophyma auf, vergrössert sich langsam und stetig und auch während des ganzen Bestandes der von uns beobachteten Fälle war nie Erysipel zur Entwicklung gekommen. Bei der eigentlichen Elephantiasis Arabum besteht aber der Process bekanntlich vorwiegend in einer Vermehrung des Bindegewebes in Folge von chronisch sich wiederholenden erysipelartigen Entzündungen, wirklichen, recidivirenden Erysipelen und in deren Gefolge eintretendem chronischem Oedeme.

Es lässt sich demzufolge auch das Rhinophyma durch Compression nur soweit verkleinern, als es der Menge des verdrängten Blutes entspricht und sofort nach Aufhören des Druckes stellt sich das alte Mass wieder her, — während eine von Elephantiasis Arabum ergriffene Partie durch systematisch angebrachten Druckverband auf längere Zeit wesentlich verkleinert werden kann, wenn das Oedem, sei es ein gewöhnliches oder ein lymphatisches, verringert wird. Auch der histologische Befund variirt in beiden Affectionen.

Bei der Elephantiasis Arabum prävalirt das Oedem so sehr, besonders bei noch nicht gar zu langem Bestande des Uebels, dass bei Einschneiden in das erkrankte Gewebe sofort zuerst eine grössere Menge stark eiweisshaltiger Flüssigkeit entleert wird, was beim Rhinophyma nie der Fall ist. Das Gewebe ist bei letzterem daher auch nie sulzig, nie zeigen sich Lücken, die von Flüssigkeit allein oder von vollgetränkter Gewebsmasse erfüllt sind, sondern das Bindegewebe ist nur mit einer reichen Infiltration embryonaler Zellen versehen, die als solche wohl dem Blutgefässsystem entsprungen sein mögen.

Während bei der Elephantiasis Arabum das Corium und der Papillarkörper wenig, dagegen das subcutane Bindegewebe in sehr hohem Grade erkrankt sind, stellt sich beim Rhinophyma das verkehrte Verhältniss heraus. Demzufolge ist auch das Knochengerüste der Nase stets intact und normal und auch an dem knorpeligen Gerüste scheinen keine Veränderungen einzutreten. Bei längerem Bestande von Elephantiasis Arabum tritt in Folge von Periostitis stets Knochenneubildung ein, was besonders von der Tibia schon seit Langem constatirt ist und auch in neuerer Zeit bei einem höchst seltenen Fall von exquisiter Elephantiasis der Nase sichergestellt werden konnte [1]).

Die Annahme einer Eigenartigkeit der Entwicklung des Rhinophyma erscheint aus diesen Momenten gerechtfertigt.

Bezüglich der Aetiologie unserer Neubildung sind unsere Kenntnisse noch keineswegs vorwurfsfrei. Wir glauben hier sofort erwähnen zu sollen, dass es absolut nicht statthaft ist, in jedem Falle den übermässigen Genuss von Spirituosen als den Grund zur Entwicklung der Pfundnase hinzustellen. Diese Ansicht ist eine so allgemein verbreitete, dass wir bei jeder Beschreibung des in Rede stehenden Uebels angeführt finden, dass es nur bei Säufern vorkomme. Unter den von uns operirten vier Fällen traf diese Supposition kein einziges Mal zu; ja die weibliche Person, die das erste Substrat zu unserem therapeutischen Eingriffe abgab, versicherte, nie in ihrem Leben einen Tropfen Wein,

[1]) Elephantiasis der Nase, combinirt mit plexiformem Neurom und allgemeiner Neuromatose. Von Dr. Heinrich Schuster. Prager medicin. Wochenschrift. 1880. Nr. 21, 22 und 23.

Branntwein oder Bier genossen zu haben. Ueber einen anderen Fall (Herr Ritter von V..., ehemaliger Bürgermeister einer Provinzialhauptstadt) konnten wir sichere Erkundigungen einziehen, die gleichfalls die Bestätigung grosser Mässigkeit ergaben.

Die zwei letzten Patienten (Herr A. B., Advokat aus Vercelli, und Herr F., Brauereibesitzer aus Nicolajeff) negirten in der bindendsten Weise, dem Abusus geistiger Getränke je gehuldigt zu haben.

Da wir im Gegentheile aber häufig genug sehen, dass Trinker rothe, geschwellte Nasen bekommen und solche durch Jahre unverändert tragen, ergibt sich ein weiterer Stützpunkt für unsere Ansicht, dass die Acne rosacea und das Rhinophyma zwei verschiedene Uebel seien.

Von allen therapeutischen Massnahmen glauben wir nur des operativen Eingriffes erwähnen zu sollen, weil durch ihn allein ein dauernder Erfolg erzielt wird.

Zweimal in der Literatur finden wir Angaben, dass die Auswüchse der Nase abgetragen wurden.

Das erste Mal bei Sennert [1]), das zweite Mal bei Chausit [2]), welcher erwähnt: Mr. Cazenave a souvent cité dans ses leçons cliniques l'exemple d'un homme auquel son nez hypertrophié et énorme avait acquit une sorte de célébrité et qui fut heureusement opéré par Sanson. In keinem dieser Fälle aber ist eine Beschreibung der Art des Eingriffes geliefert, so dass wir nicht wissen, ob keilförmige Stücke excindirt und die Wundränder wieder vereinigt wurden, ob blos die Auswüchse abgetragen worden waren, oder vielleicht nach Entfernung der ganzen Nase eine Plastik zur Deckung des Substanzverlustes vorgenommen worden sei.

Ueber die zwei ersten nach der sofort zu erwähnenden Methode operirten Fälle, bei denen ich assistirte, hat Hebra [3]) seinerzeit geschrieben. Wir selbst haben seither zweimal die Operation in der Weise vorgenommen, dass wir einfach Alles entfernten, was der Nase die Missgestalt verursachte, ohne die Substanz-

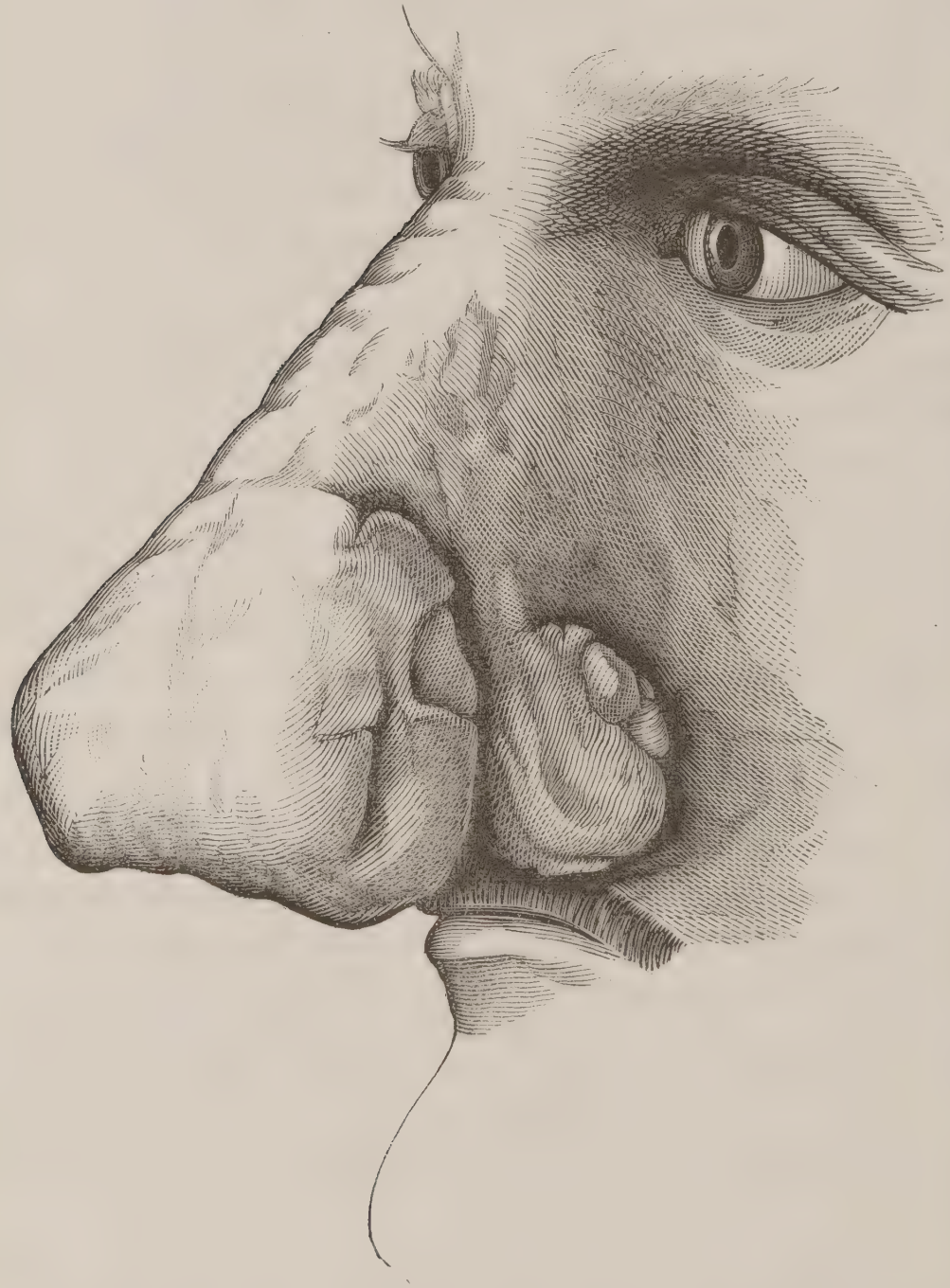
---

[1]) l. c.

[2]) Traité élémentaire des maladies de la peau par Maurice Chausit. Paris 1853, pag. 215.

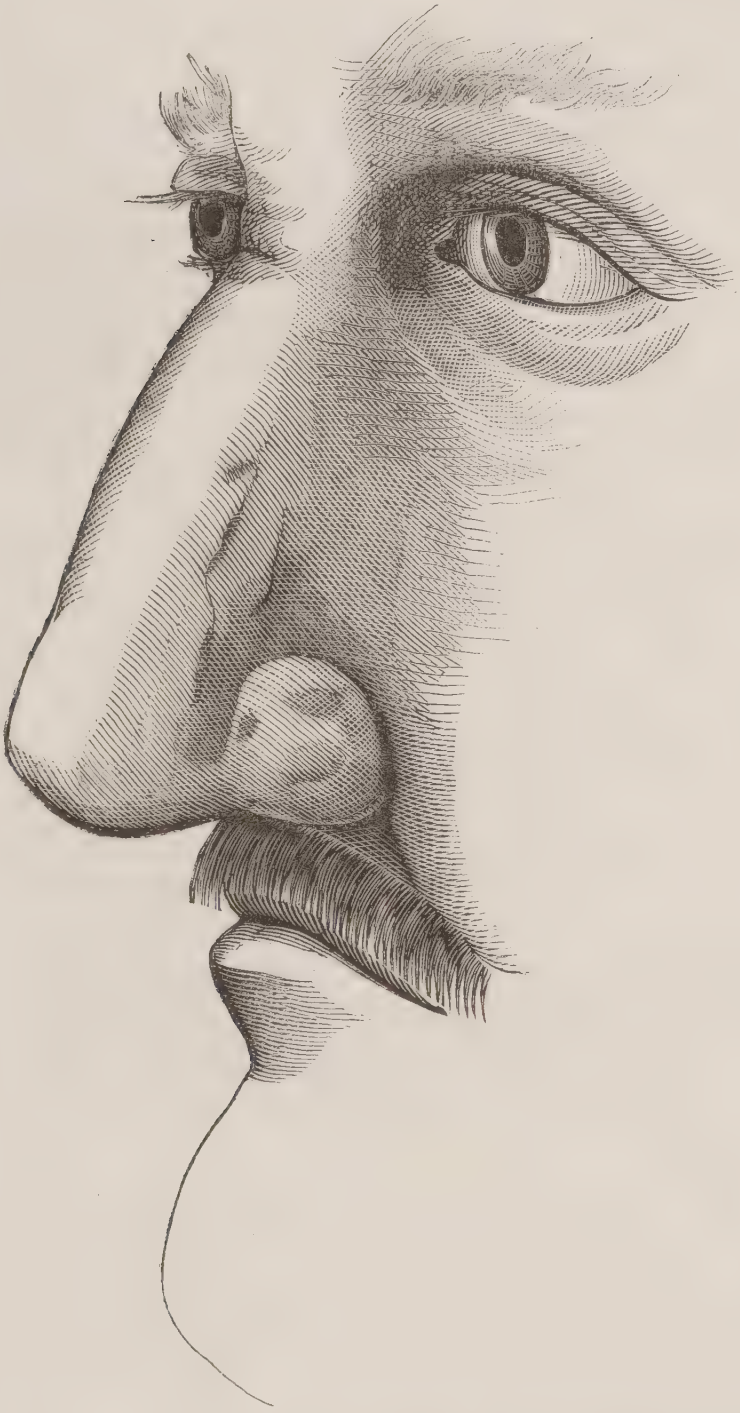
[3]) Zur Therapie der Acne rosacea, von Prof. F. v. Hebra, 1879, Nr. 1, Wiener medic. Wochenschrift.

verluste zu decken. War man in den ersten Fällen mit grosser Vorsicht vorgegangen, so konnten wir, durch den Erfolg kühner gemacht, später in energischerer Weise handeln und dadurch in weit kürzerer Zeit auch Heilung erzielen.



Nachdem wir den Zeigefinger der linken Hand soweit als möglich in das Nasenloch eingeführt hatten, um stets sofort die

Dicke des Nasenflügels erforschen zu können, schnitten wir mit dem Scalpell die Excrescenzen an den beiden Seitentheilen der Nase an ihrer Wurzel ab. Sind die Stiele dünn, so ist dieser Theil der Operation rasch vollendet und auch mit weit weniger



Gefahr, zu tiefe Schichten abzutragen, verbunden; bei breit aufsitzenden Wülsten dauert die Entfernung länger und ist Vorsicht

vonnöthen. Hat man in dieser Weise die Nase von beiden Seiten her verschmälert und bleibt nur noch die Intumescenz der Spitze über, so hat man besseren Anhaltspunkt zur Entfernung dieser letzteren, kappt auch sie ab und gleicht sodann die entstandenen Ecken nach und nach aus.

Die durch den Eingriff entstehende Blutung ist, wie wegen der bedeutend dilatirten Blutgefässe zu erwarten, stets sehr intensiv und oft Schuld, dass die Operation nicht in einer Sitzung vollendet werden kann, sondern dass später noch Nachbesserungen vorgenommen werden müssen, da das Blut die genaue Beurtheilung beeinträchtigt. Wir waren aber stets in der Lage, die Hämorrhagie mittelst Tamponade zu stillen und hatten in keinem Falle eine Nachblutung. Es wurden die Wundflächen mit Charpie bedeckt, sodann ein faustgrosser Ballen Charpie darüber gethan und mit Zirkeltouren einer Flanellbinde an die Unterlage gedrückt.

Vorstehende Abbildung zeigt das Resultat der Behandlung eines monströs entwickelten Rhinophymas. Pat. wurde am 15. August 1879 operirt und konnte am 11. September die Heimreise wieder antreten. In einem der zwei ersten Fälle wurde, aus Furcht vor zu heftiger Blutung von der Nasenspitze her, der Tumor an dieser mittelst elastischer Ligatur entfernt, wobei freilich keinerlei Hämorrhagie statthatte. Dieses Verfahren hat aber mehrere Inconvenienzen. Erstlich dauert es lange, bis dieses Gewebe durchtrennt ist, in jenem Falle 14 Tage, und wird dadurch die Behandlungs-Zeit unnütz verlängert; dann aber ist auch noch der von dem nekrosirenden Gewebe ausgehende üble Geruch sehr zu berücksichtigen, der, unmittelbar an der Mündung des Geruchsorganes sich entwickelnd, das Individuum in hohem Grade belästigt.

Die Nachbehandlung ist stets eine vollkommen symptomatische. Wir wandten anfänglich in 2% Carbollösung getauchte Watte an und applicirten später blos Ung. Diachylon. Schon nach wenigen Tagen sieht man in den Wundflächen zahlreiche Epidermisinseln sich abheben, die von den bis tief in das subcutane Bindegewebe reichenden Resten von Talgdrüsen herrühren. Im Verlaufe von wenigen Wochen, meist schon in 14 Tagen confluiren die einzelnen Inseln und die Wunde erhält einen Epithelial-

belag, der von der Norm nicht merklich abweicht, nur hie und da narbige Structur erkennen lässt.

Wir hatten Gelegenheit, den abgebildeten Fall nach einem Jahre wiederzusehen und konnten uns von dem Bestande des vorzüglichen Resultates überzeugen.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel IV.

Fig. 1. Uebersichtsschnitt bei fünfmaliger Vergrösserung:
- *a*) grosse leere Räume, die Lumina von Talgdrüsen repräsentirend, deren Contentum beim Härten und Schneiden herausfiel;
- *b*) Packete weniger vergrösserter Drüsen, besonders in den tieferen Lagern der Cutis vorfindlich;
- *c*) deren Ausführungsgänge;
- *d*) Epidermis;
- *e*) Rete Malpighii, besonders an den Umbiegungsstellen etwas verdickt;
- *f*) Cutis, an der Oberfläche höckerig ausgetrieben.

Fig. 2. Schnitt von derselben Gegend bei Hartnack. Oc. 2. Obj. 7.

E Epidermis,
R M Rete Malpighii,
H S Haarwurzelscheide,
I T Talgdrüsen junger Entwicklung,
A T alte Talgdrüsen mit in Verfettung begriffenen kernhaltigen Zellen prall angefüllt, durch starke
S Bindegewebsstränge in zahlreiche Lappen gesondert,
V Gefässdurchschnitte.

Papillarkörper, Cutis und subcutanes Bindegewebe mit zahlreichen embryonalen Zellen angefüllt.

Fig. 3. Partie der Cutis, die sich zur Entwicklung von Talgdrüsenlappen in solche hineinzieht. Entwicklung von neuen Bindegewebsfibrillen aus embryonalen Zellen, die in Nestern beisammen liegen.

Oc. 3. Obj. 9. (Imm.)

Fig. 4. Durchschnitt durch zwei aneinandergelagerte Talgdrüsen mit zwei Comedonen, die gemeinsam an der Oberfläche münden. Oc. 3. Obj. 7.

Man sieht die Fettzellen bis nahe an den Ausführungsgang kernhältig, im Ausführungsgange selbst mit einer feinkörnigen Membran reich angefüllt.

Fig. 5. Stück der Talgdrüsenwandung gegen den Ausführungsgang zu.

Oc. 3. Obj. 9. (Imm.)

K Z Körnchenzellen.

Ueber den

Rückenmarksbefund in 7 Fällen von Syphilis.

Von

Dr. Adolf Jarisch,

Privatdocenten für Dermatologie und Syphilis an der Wiener Universität.

(Hiezu Tafel V.)

Wenn ich im Nachstehenden den Rückenmarksbefund in 7 Fällen von Syphilis — die einzigen, welche ich bisher überhaupt untersucht habe — ausführlich mittheile, so bin ich mir wohl bewusst, dass ich hierdurch nur einen kleinen Beitrag zur Lösung jener Fragen leiste, welche sich mit Rücksicht auf meine früheren Arbeiten aufgeworfen haben [1]).

Ist die Anzahl von 7 Fällen schon an sich zu gering, um weitgehende Schlüsse zu gestatten, so verbietet die Ungleichartigkeit der vorliegenden Fälle (4 von hereditärer Syphilis, ein ganz recenter Fall von acquirirter Syphilis, ein anderer, in welchem dieselbe angeblich schon seit 6 Jahren bestand und endlich ein letzter, in welchem das Alter der Erkrankung nicht zu eruiren war, das sich aber jedenfalls auf viele Jahre belief) geradezu, die Befunde einer einheitlichen Beurtheilung zu Grunde zu legen. — Soll das Material als beweiskräftig angesehen werden können, so muss vor Allem der Forderung, nur möglichst gleichartige Fälle der Untersuchung und Beurtheilung zu unterziehen, Rechnung ge-

---

[1]) Ueber die Coïncidenz von Erkrankungen der Haut und der grauen Achse des Rückenmarkes. Dieses Archiv 1880; und

„Beiträge zur Pathologie der Hautkrankheiten". Wr. med. Blätter Nr. 47, 48 und 49, 1880.

tragen werden; denn in Berücksichtigung des Verlaufes der Syphilis und ihrer Latenz kann es für das eventuelle Resultat der Untersuchung sicherlich nicht gleichgiltig sein, in welchem Stadium des Syphilisprocesses dieselbe vorgenommen wird. Veränderungen, welche in der Frühperiode sehr augenfällig sind, könnten späterhin bis auf Reste geschwunden sein, und wer nur einige Erfahrung in der Untersuchung der grauen Substanz des Rückenmarkes hat, weiss, wie schwer es ist, geringfügige Veränderungen in ihrer Bedeutung zu taxiren. — Es werden demnach, vorläufig wenigstens, nur recente Fälle von Syphilis zur Untersuchung und Beweisführung herangezogen werden dürfen.

Einen weiteren Mangel meiner nachfolgenden Untersuchungen muss ich aber auch darin erblicken, dass sie sich nur auf das Rückenmark beschränkten, während das Verhalten des übrigen Nervensystemes nicht geprüft wurde. — Zur Lösung einer Reihe von Fragen ist es aber ein dringendes Postulat, dass das gesammte Nervensystem und insbesondere die Wurzeln, die Intervertebralganglien, der Sympathicus und selbst einzelne periphere Nerven einer eingehenden Untersuchung unterzogen werden, und zu diesem Zwecke ist es erforderlich, gewisse Abschnitte des Nervensystemes von vorneherein in verschiedener Weise zu conserviren und zu behandeln.

Diesen Forderungen konnte ich aber bisher nicht entsprechen, und ich muss daher die nachstehenden Befunde auch in dieser Richtung als unvollständig bezeichnen.

Dessenungeachtet glaube ich aber, wird die Publication derselben immerhin einiges Interesse beanspruchen dürfen, wenigstens insoferne als sie weiteren Untersuchungen zu Grunde gelegt werden können. Den Versuch, die Befunde zu verwerthen, werde ich, da dies vorläufig doch nur auf vollends hypothetischem Wege möglich wäre, unterlassen. So viel lässt sich aber schon heute mit Bestimmtheit ersehen, dass Veränderungen der grauen Achse des Rückenmarkes bei Syphilis anzutreffen sind, von welchen wir bisher weder durch die klinische Untersuchung, noch durch die Obduction Kenntniss hatten.

Es ist nicht zu verkennen, dass in der Lehre der Syphilis noch bedeutende Lücken vorhanden sind und dass insbesondere zwischen Contagium einerseits und syphilitischer Manifestation

andererseits eine weite Kluft existirt, welche einer befriedigenden Erkenntniss des syphilitischen Krankheitsprocesses im Wege steht.

Sollte die Untersuchung des Nervensystemes das Materiale liefern, diese Kluft auszufüllen?

Mit Rücksicht auf die nachstehenden Befunde muss es immerhin für möglich erachtet werden, dass eine Beantwortung dieser Frage im bejahenden Sinne erfolge.

Syphilis congenita.

Fall 1. Knabe, geboren am 13. Jänner 1880; Körpergewicht am 22. Jänner 2900 Grm. (Ophthalmoblennorrhoe). Von da ab Abmagerung; am 15. Februar Auftreten von Papeln um den After, Mund und Stirne. Katarrh bronch. Tod am 26. Februar.

Die Obduction, welche am 27. Februar an der vorher auf Eis gelegenen Leiche vorgenommen wurde, ergab ausser universeller Atrophie keine auffälligen pathologischen Verhältnisse. Das Rückenmark, welches makroskopisch normal erschien, wurde zunächst in $^1/_{10}$ % Chromsäurelösung und später in Alkohol gehärtet. Zur mikroskopischen Untersuchung wurden die angefertigten Schnitte in Carmin gefärbt, mit Nelkenöl aufgehellt und in Damarlack conservirt.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fiel nun sofort eine weitgehende Veränderung der Ganglienzellen in die Augen. Diese Veränderung betraf sowohl die vorderen als seitlichen Ganglienzellengruppen und zum Theil die Ganglien der Clarke'schen Säulen. Die Nervenzellen erschienen meist verkleinert, in den bizarrsten Formen und oft in auffallender Weise vermindert. Ein eingehenderes Studium derselben ergab eine fortlaufende Reihe von Bildern, welche die Entwicklung und den Ausgang der Veränderungen klar legte.

Es finden sich vereinzelte Ganglienzellen, welche in ihrer Form noch ziemlich erhalten sind, doch an einer Stelle des Zellleibes eine scharf begrenzte rundliche Einbuchtung zeigen. Der Kern dieser Zellen ist meist sehr gross und tritt mit seinem Kernkörperchen in ausserordentlich scharfer Weise aus dem mehr oder weniger fein granulirten Zellleibe hervor. In überwiegender Zahl finden sich aber Zellen, welche mehrfach eingebuchtet sind (Fig. 1 bei *a, b, c*), Zellen mit verdichtetem Protoplasma, welche in ihrer Substanz so ausserordentlich reducirt sind, dass sie oft nur als einzelne dunkler gefärbte

Kreissegmente in dem Netzwerke der grauen Substanz erscheinen (Fig. 1 *b*, *c*). Die Einbuchtungen sind einmal wirkliche Lücken, das anderemal von einer ausserordentlich feinkörnigen, von Carmin kaum imbibirten Masse erfüllt, welche meist ein netzförmiges Gefüge aufweist, dessen einzelne Fäden sich theils im Körper der Ganglienzelle, theils im Netze der grauen Substanz verlieren. Endlich finden sich in grosser Zahl und insbesondere an Stellen, welche eine auffällige Verminderung der Ganglienzellen erkennen lassen, Kerne mit sehr deutlichem Kernkörperchen, mit nur sehr spärlichem Protoplasma oder selbst ohne solches, Kerne, die den geblähten Kernen in den feinkörnig gewordenen und blassen Ganglienzellen auf das Vollkommenste gleichen (Fig. 2). Diese Kerne liegen entweder ganz frei in Vacuolen (Fig. 2 *a*, *b*), oder sie stehen mit dem die Vacuolen begrenzenden Netze der grauen Substanz durch einzelne blasse Fädchen in Verbindung (Fig. 2 *c*), oder sie finden sich mitten in dem mehr oder weniger groblückig gewordenen Netze der grauen Substanz und erscheinen in den Knotenpunkten desselben.

Die Achsencylinderfortsätze sind nur in den seltensten Fällen als solche zu erkennen, indem sie als ausserordentlich blasse, feingekörnte dickere Fäden geringe Strecken weit verfolgt werden können. Eine Schwellung der Achsencylinder konnte ich nirgends antreffen; im Gegentheile schien das Netz der grauen Substanz der Achsencylinder meist gänzlich zu ermangeln und nur das Hals- und Lendenmark zeigte an den Austrittsstellen der vorderen Wurzeln die parallele Anordnung einer grösseren Zahl dünner, kaum gefärbter Fäden, welche mit Bestimmtheit als Achsencylinder zu erkennen waren.

Mit Rücksicht auf die beschriebenen Formen und zahlreichen Zwischenstufen müssen wir in diesem Falle einen Process annehmen, welcher zur Atrophie der Ganglienzellen führte.

Der Verlauf der Veränderungen lässt sich, wie folgt, darstellen. Zunächst verlieren die Ganglienzellen an circumscripten Stellen ihres Zellleibes ihr eigenartiges Ansehen, indem sie an denselben feinkörnig werden und sich mit Carmin kaum imbibiren, während die diese veränderten Stellen begrenzenden Theile des Zellleibes durch tiefere Tingirung dieselben nur um so deutlicher hervortreten lassen.

Unter Zunahme dieser Degenerationsherde und dadurch, dass sich an ihren Stellen wirkliche Lücken bilden, bleiben von den

Ganglienzellen entweder nur einzelne, etwas dunkler gefärbte Segmente zurück, welche im Zusammenhange mit dem Netze der grauen Substanz stehen, oder es verschwinden auch diese Reste vollkommen, so dass auf einzelnen Schnitten kaum eine Spur derselben aufzufinden ist. An solchen Schnitten erscheint dann ein mehr oder weniger groblückiges Netz, welches hie und da, theils in den Lücken, theils in seinen Knotenpunkten einen geblähten, oft ganz wohl erhaltenen Kern mit deutlichem Kernkörperchen, mitunter einen solchen, dessen Begrenzungslinien wie angenagt erscheinen, enthalten.

Mit einem Worte, die Ganglienzellen wandeln sich durch Vacuolenbildung und durch Aufgeben der eigenthümlichen Beschaffenheit ihres Protoplasmas in ein Netz um.

Das Aufgehen von Ganglienzellen in ein Netz, welches sich mit dem Netze der grauen Substanz im Zusammenhange stehend erweist, kann nach den Untersuchungen von Stricker und Unger [1]) nicht mehr überraschen. Dieselben haben nachgewiesen, dass die Grenzen zwischen nervösem und Stützgewebe keineswegs so scharfe sind, als man sich bisher allgemein vorgestellt hatte; sie haben vielmehr gezeigt, dass zahlreiche Uebergangsformen von den Elementen der Bindesubstanz zu jenen nervöser Natur vorhanden sind; demnach eine Grenze zwischen Nervengewebe und Stützgewebe nicht existirt. Weitere Untersuchungen [2]) über die Entwicklung der centralen Nervengewebe haben dargethan, dass das Netz der grauen Substanz, ebenso wie das keratoide Netz der markhaltigen Fasern, wenigstens zum Theile aus den Bildungszellen durch Vacuolenbildung entsteht, und dass nur einzelne Reste der Embryonalzellen (die Knotenpunkte des Netzes) sich allmälig durch zahlreiche Uebergangsformen zu Ganglienzellen entwickeln.

---

[1]) Untersuchungen über den Bau der Grosshirnrinde von S. Stricker und Unger. Sitzgb. der k. Akad. d. Wissenschaften in Wien. LXXX. Band. III. Abthlg. 1879.

[2]) Untersuchungen über die Entwicklung der centralen Nervengewebe von Dr. L. Unger (Aus dem Institute für allgem. und experiment. Pathologie der Wiener Universität). Sitzgber. der k. Akademie d. Wissenschaften. LXXX. Bd. III. Abthlg. 1879.

Die Studien über die Entzündung [1]) haben andererseits erwiesen, dass die Ganglienzellen wieder zu Uebergangsformen zurückkehren, sich auf Kosten des Zellnetzes vergrössern; „aus dem Zellnetze werden wieder kernhaltige Zellen und so wird aus dem ganzen Herde wieder ein Zellenhaufen, also wieder der ursprüngliche embryonale Zustand erreicht".

Wir sehen also auch im Nervensysteme, dass sich die Grenzen zwischen Grundsubstanz, respective Netz und dessen Einlagerungen inclusive Ganglien unter verschiedenen Bedingungen, verschieben; dass einmal die Zellen auf Kosten des Netzes, das anderemal das Netz auf Kosten der Zellen sich vergrössert, ein Verhältniss, wie es auch für die Cornea, die Sehne, den Knochen, und den Knorpel erkannt ist.

Wir werden demnach in dem Befunde in unserem Falle, dass die Ganglienzellen sich zu einem Netze umwandeln, welchem die Charaktere nervöser Elemente abgehen, nichts Befremdendes mehr erblicken können.

Es fragt sich nun weiter, wie sich die Grundsubstanz den Veränderungen an den Ganglienzellen gegenüber in unserem Falle verhielt.

Mit Rücksicht auf die Hochgradigkeit der Veränderungen an den Ganglienzellen muss die Betheiligung der eigentlichen Grundsubstanz als eine geringfügige bezeichnet werden. Das Netz derselben ist meist, und insbesondere in der Umgebung der veränderten Ganglienzellen, groblückig, scheint aus dickeren Balken zu bestehen und ist stellenweise äusserst feinkörnig, so dass es wie bestaubt erscheint.

An vielen Präparaten ist das Gewebe der grauen Substanz durch Groblückigwerden und durch Dickerwerden der einzelnen Bälkchen dem Netze der weissen Substanz nicht unähnlich geworden. An anderen Präparaten erscheint das Netz ausserordentlich dicht, so dass es schwer wird, eine Structur zu erkennen. — An sehr vereinzelten, circumscripten Stellen in der Commissur

---

[1]) Histolog. Untersuchungen der traumatischen Hirnentzündung von Dr. L. Unger in Wien (Aus dem Institute für allgem. und experiment. Pathologie der Wiener Universität). Sitzgber. der k. Akad. d. Wissenschaften. LXXXI. Bd. III. Abthlg. 1881.

und auch den Vorderhörnern schien das Netz zu einer glasartigen homogenen, von Carmin mässig gefärbten Masse verwandelt, in welcher das Vorhandensein von Vacuolen wahrzunehmen war — doch waren, wie gesagt, und im Gegensatze zu dem Befunde in dem folgenden Falle, diese Herde nur ganz vereinzelt.

Die Gefässe, ziemlich zahlreich, liessen weder in ihrer Wand noch in ihrer Umgebung auffällige Veränderungen erkennen.

Der Centralkanal war meist von einer krümeligen, transparenten Masse erfüllt. Auffällig war der grosse Reichthum an freien Kernen um denselben und in der Commissur. Die letzteren fanden sich um den Centralkanal dicht gedrängt stehend, in fünf- bis sechsfachen Reihen; gegen die Vorderhörner zu nahmen sie wohl an Zahl ab, blieben aber dennoch in der ganzen Commissur beträchtlich vermehrt.

In der weissen Substanz fanden sich keine bemerkenswerthen Veränderungen; das Netz war meist deutlich, die Bälkchen desselben scharf begrenzt, doch fehlte jenes mosaikartige Bild, wie es durch die Querschnitte der erhaltenen Achsencylinder in den markhaltigen Scheiden zu Stande kommt — die Achsencylinder waren meist ausgefallen.

Das Wesentliche des Befundes wird sich demnach in Folgendem zusammenfassen lassen: Atrophie der Ganglienzellen, Schwellung des Netzes der grauen Substanz, vereinzelte homogene Herde in der Commissur und den Vorderhörnern, Kernreichthum in der Commissur.

Fall 2. Knabe, geboren am 15. December 1879, kam am 25. Februar in ärztliche Beobachtung. Körpergewicht 2500 Gramm. Papeln um den Mund und an den unteren Extremitäten; am Stamme Roseola und zerstreute Papeln. Tod am 28. Februar 1880.

Die Obduction ergab Vergrösserung der Leber und Milz, sonst keine auffälligen Veränderungen. Das Rückenmark liess im frischen Zustande und makroskopisch keine Veränderungen erkennen; es wurde in derselben Weise behandelt, wie dies im vorangegangenen Falle geschah.

Bei der mikroskopischen Untersuchung erschienen die grossstrahligen Ganglienzellen der Vorderhörner kaum verändert, ihre Ausläufer waren sämmtlich erhalten, ihre Contouren scharf begrenzt; das Protoplasma wies die grobkörnige Beschaffenheit auf, wie sie dem Proto-

plasma der Ganglienzellen im jugendlichen Alter eigenthümlich ist. Während sie auch bezüglich ihrer Zahl der Norm vollkommen entsprachen, schienen die Ganglien der lateralen Zellengruppen und der Clarke'schen Säulen vermindert. Hingegen fand sich an diesen Orten wieder eine beträchtliche Zahl von theils freien, theils mit spärlichen Protoplasmaresten versehenen Kernen, welche den Kernen der noch erhaltenen Ganglienzellen vollkommen glichen. (Wie in Fig. 2.) Diese Kerne lagen meist in Lücken des Gewebes oder sie halfen diese Lücken begrenzen; oft wurden diese Lücken von Kernen umrahmt, welche zur einen Hälfte noch im Leibe einer feinkörnigen und blassen Ganglienzelle lagen, zur anderen Hälfte aber frei in den Hohlraum hineinragten. Die in ihrer Form noch erhaltenen Ganglien der lateralen Gruppe, der centralen Partien der Vorderhörner und der Clarke'schen Säulen waren meist sehr feinkörnig, blass und grenzten sich kaum von dem umgebenden Gewebe ab; sehr häufig gewann man den Eindruck, als wenn der in seinem Gefüge gelockerte Zellleib zerbröckeln würde.

Die Bildung so scharf begrenzter Vacuolen an den Ganglien, wie sie der vorhergehende Fall aufwies, konnte jedoch nicht constatirt werden. Hingegen traten Veränderungen am Gewebe der grauen Substanz selbst viel deutlicher in die Augen. Es fanden sich nämlich in der Commissur und in den centralen und lateralen Theilen der Vorderhörner des Brustmarkes grössere oder kleinere Herde, welche aus einer homogenen, durchscheinenden Masse gebildet waren. Dieselben wiesen theils Vacuolen auf, theils zeigten sie, wie insbesondere die grösseren in ihrem Centrum, den Zerfall zu scholligen Massen. Diese Herde waren theils um die Gefässe (insbesondere die Gefässe der grauen Commissur), anzutreffen, theils traten sie aber mitten im Gewebe auf, ohne dass eine Beziehung zu den Gefässen erkannt werden konnte. Ihre Entstehung konnte besonders gut in den centralen und lateralen Partien der Vorderhörner verfolgt werden. Hier zeigte sich zunächst an ganz circumscripten Stellen, wie die einzelnen Balken des Netzwerkes aufquollen und die eigenthümliche glasige Beschaffenheit der grösseren Herde annahmen; an diesen selbst liess sich häufig ein allmäliges Uebergehen der Randpartien in das umgebende Gewebe constatiren, wie andererseits die schon veränderten Partien oft noch deutlich die gröbere Structur des Netzwerkes der grauen Substanz erkennen liessen. Die vorderen Antheile der Vorder-

hörner zeigten keine derartigen Veränderungen; das Netz wies daselbst jene gleichmässige zarte Beschaffenheit auf, wie sie der grauen Substanz normaler Weise eigen ist. Die hinteren und seitlichen Antheile der Vorderhörner, ebenso wie der vorderen Antheile der Hinterhörner, liessen neben den beschriebenen Herden, die oft in grösserer Zahl vorhanden waren, ein groblückiges, von dicken, oft wie bestaubten Balken gebildetes, ziemlich kernreiches Netz erkennen.

Die Gefässe waren ziemlich zahlreich, unzweifelhafte Veränderungen konnte ich jedoch an ihnen nicht auffinden. Nur in der Commissur bildeten sie oft das Centrum jener glasartigen homogenen Herde. Die Gefässe im Sulcus anterior waren hingegen oft beträchtlich verdickt, erweitert und von durchscheinenden scholligen Massen umgeben. Diese letzteren setzten sich öfters mit den in die Commissur eintretenden Gefässen in diese hinein fort und schienen das Gewebe derselben zu infiltriren.

Der Centralkanal zeigte ein wohlerhaltenes Cylinderepithel und enthielt auf vielen Schnitten ebenfalls jene scholligen Massen, wie sie um die Gefässe angetroffen wurden. Oefters durchbrachen diese Massen den Ring des Centralkanales und infiltrirten auf einige Entfernung hin das sehr kernreiche Gewebe der Commissur. Die weisse Substanz wies nirgends deutliche Veränderungen auf; sie zeigte im Gegentheile das Netz sehr zart, wohlerhalten und deutlich; die Achsencylinder waren meist ausgefallen.

Auf Grundlage der beschriebenen Veränderungen an den Ganglienzellen, glaube ich mich auch in diesem Falle zur Annahme berechtigt, dass eine Anzahl von Ganglienzellen der Atrophie anheimgefallen sind. Die Veränderungen an den Ganglienzellen waren zwar nicht so augenfällig, wie in dem vorigen Falle, indem sie nur auf einzelne Gruppen beschränkt zu sein schienen und indem die Vacuolenbildung an den Zellen, welche den mikroskopischen Bildern im vorigen Falle eine so eigenthümliche Beschaffenheit verlieh, fehlte. Nichts destoweniger glaube ich aber, einen atrophischen Process aus der Verminderung gut ausgebildeter Ganglienzellen einerseits und aus der Vermehrung der Uebergangs-, respective Rückbildungsformen andererseits, erschliessen zu müssen. Sehr zahlreich erschienen Kerne mit spärlichem Protoplasma, Kerne, welche oft nur an einer kleinen Stelle ihrer Circumferenz Reste von Protoplasma aufwiesen, Kerne endlich, welche frei in

Vacuolen lagen und den Kernen in den mehr oder weniger protoplasmareichen Ganglienzellen vollständig glichen. Der Umstand, dass diese Kerne so häufig in Lücken angetroffen werden, mit deren Umrandung sie entweder gar nicht oder nur mit einzelnen blassen Fäden zusammenhängen, lässt die Annahme eines Unterganges von Ganglienzellen vollkommen berechtigt erscheinen. An Stelle des Zellleibes sind eben die Lücken getreten und es haben sich nur spärliche Protoplasmareste, oft aber der Kern allein, erhalten.

Was die eigenthümlichen, homogenen Herde betrifft, so sind dieselben schon wiederholt beobachtet und beschrieben worden. Zunächst bei Entzündungsprocessen des Rückenmarkes. So beschreibt Hayem [1]) 2 Fälle von acuter Myelitis, in welchen um die Gefässe, im Centralkanale und auch mitten im Gewebe Herde von der beschriebenen Beschaffenheit angetroffen wurden. Fast gleichlautend ist der Befund, welchen Baumgarten [2]) in einem Falle von Paralysis ascendens acuta constatirte.

Beide Autoren nehmen an, dass es sich in diesen Fällen um ein entzündliches Exsudat handle, welches zunächst in den perivasculären Räumen abgesetzt und von hier aus das Gewebe der grauen Substanz verdrängt und zerstört.

Langhans [3]) hat dieselben homogenen Massen bei Höhlenbildung im Rückenmarke beschrieben und führt ihre Entstehung auf Blutstauung zurück; er sah öfters die Spalten und Lücken von diesen Massen begrenzt und sagt: „Gerade diese Stellen geben aber den sicheren Beweis, dass keine Neubildung der Entstehung der Höhle vorangeht, sondern die Höhlenbildung beruht in der Ablagerung einer homogenen, gallertähnlichen Masse zwischen die vorhandenen Elemente, letztere werden auseinandergedrängt und gehen zu Grunde. Es handelt sich um einen höheren Grad und allerdings auch um eine besondere Form von Oedem".

Der Befund in unserem Falle stimmt in allen Punkten mit

---

[1]) Hayem, Note sur deux cas de Myélite aiguë centrale et diffuse, Archives de phys. norm. et path. 1874.

[2]) Baumgarten, ein eigenthümlicher Fall von Paralysis ascend. acut. mit Pilzbildung im Blute. Archiv d. Heilkunde. Bd. XVII. 1876.

[3]) Ueber Höhlenbildung im Rückenmarke als Folge von Blutstauung. Virchow's Archiv Bd. LXXXV.

dem Befunde Langhans' überein, — auch Langhans fand die in Rede stehenden Massen als Inhalt des Centralkanals, der Lymphscheiden der Blutgefässe und längs der Gefässe im Grunde der vorderen Längsspalte.

Er sagt weiters: „Bei der Gallerte des Centralkanals und der Gefässscheiden können wir mit aller Sicherheit die Verflüssigung von irgend einem neugebildeten Gewebe als Ursache ausschliessen; und auch da, wo sie in der Commissur und in den Hintersträngen in das Gewebe eingebettet ist, sehen wir nirgends an ihrer Grenze eine Anhäufung von Zellen oder irgend einem pathologischen Gewebe. Sie findet sich als Grundgewebe in der hinteren Commissur und in dem vorderen Theile der Hinterstränge, einfach zwischen deren Elemente abgelagert. Die letzteren sind mehr oder weniger stark auseinandergedrängt, und soweit sie nervös sind, im Begriffe zu Grunde zu gehen; die Bindesubstanzzellen sind nicht vermehrt. Hie und da liegt allerdings, wie erwähnt, in der Gallerte ein oder auch mehrere Lymphkörperchen, aber doch nur in so geringer Zahl, dass niemand an ein entzündliches Exsudat denken wird. Stellenweise bildet die Masse eine Art Reticulum, so namentlich in den Querschnitten der Hinterstränge, oder sie nimmt ganz unregelmässig gestaltete, zackige, kleine Felder ein, wie in der Commissur".

Man sieht, dass der Befund, bezüglich der homogenen Herde in unserem Falle, vollends mit der Schilderung Langhans' übereinstimmt.

Nur in einem Punkte decken sich meine Beobachtungen nicht mit jenen dieses Autors. — Langhans konnte in all seinen 4 Fällen die Ursache der supponirten Stauung auf Veränderungen in der Kleinhirngrube, welche die Circulation in derselben in hohem Grade erschweren musste, zurückführen — eine solche war in meinem Falle nicht erweislich.

Wenn demnach auch Langhans bezüglich der Natur des Processes, welcher zur Bildung der homogenen Herde führt, mit den angeführten Autoren etwas anderer Ansicht ist, so stimmt er mit denselben doch insoferne überein, als er den homogenen Massen auf das bestimmteste eine pathologische Bedeutung zuschreibt. Andererseits fehlt es aber nicht an Stimmen, welche

vor dieser Auffassung warnen möchten. Kahler und Pick [1]) machen darauf aufmerksam, dass ihre eigenen Untersuchungen von Rückenmarken, deren Inhaber auch während des Lebens keine Zeichen nervöser Erkrankung gezeigt haben, beweisen, dass dieselbe Masse auch dort vorkommt, wo keine andere pathologische Veränderung aufzufinden war, mithin wohl auch selbst nicht immer (?) als pathologisch aufgefasst werden darf. Da nun aber, wie ersichtlich, die Begründung dieser Ansicht keine unanfechtbare ist und der Eindruck, welchen meine Bilder gewähren, nicht zu Gunsten einer zufälligen Veränderung in Folge der Härtung u. dgl. sprechen, so möchte ich mich der Ansicht jener Autoren anschliessen, welche den homogenen Herden eine pathologische Bedeutung zuschreiben — über die Natur des Processes, welcher ihnen zu Grunde liegt, möchte ich allerdings nicht entscheiden.

Indem ich somit die Stellung einer pathologisch-anatomischen Diagnose vermeide, möchte ich den Befund in diesem Falle in Folgendem resumiren:

Atrophie der Ganglienzellen der seitlichen Gruppen, der Ganglien in den hinteren centralen Theilen der Vorderhörner, theilweise Atrophie der Ganglien der Clarke'schen Säulen. Circumscripte, glasige, homogene Herde in der ganzen Ausdehnung des Brustmarkes, in der Commissur und in den hinteren Antheilen der Vorderhörner. Homogene, schollige Massen um die Gefässe der vorderen Längsspalte.

Fall 3. Knabe, geboren am 3. Jänner 1880; kam am 12. Februar mit Ophthalmoblennorrhoe und Otorrhoea bilat. in ärztliche Behandlung. Gewicht 2700 Gramm. Am 25. Februar Auftreten eines syphilitischen Exanthems: Roseola, Papeln an den Mundwinkeln, Koryza. Am 1. März trat nach zahlreichen flüssigen Stühlen unter Collaps der Tod ein. Obduction nach 33 Stunden. Obductionsbefund fehlt.

Das Rückenmark, welches im frischen Zustande keine Veränderungen zeigte, wurde in der gleichen Weise, wie in den vorhergehenden Fällen conservirt.

---

[1]) Kahler und Pick, Zur Lehre von den secundären Degenerationen. Archiv f. Psychiatrie. Bd. X. pag. 334.

Bei der mikroskopischen Untersuchung erschienen die Ganglienzellen kaum alterirt; es fehlten vor Allem jene frei in den Vacuolen liegenden Kerne, welche in den beiden vorangehenden Fällen ein Zugrundegehen der Ganglienzellen erschliessen liessen — und eine Verminderung dieser liess sich auch nicht constatiren. Während die vielstrahligen Ganglienzellen der Vorderhörner in ihren Ausläufern und in ihrem Zellleibe mit Sicherheit als unverändert erkannt werden konnten, fanden sich allerdings in den lateralen Gruppen feingranulirte, blasse Ganglienzellen mit sehr deutlich hervortretendem Kerne, Ganglienzellen, welche in ihrem Centrum homogen, an ihrem Rande mehr oder weniger grobkörnig waren — doch möchte ich all diese Formen nicht mit Sicherheit für pathologisch halten. Wann muss man eine Ganglienzelle für krank ansehen, und wie lange kann man sie noch für gesund erklären? Ich glaube, diese Fragen lassen sich aus der Berücksichtigung der Beschaffenheit des Protoplasmas allein kaum oder nur sehr schwer beantworten. Es kommen normaler Weise, insbesondere an den Ganglien der lateralen Gruppen eine Reihe von Formen vor, welche nicht mehr in den Rahmen unserer Vorstellung von normalen Ganglienzellen passen wollen, und doch wäre es nicht zu rechtfertigen, dieselben für pathologisch anzusehen. Es wird sich demnach aus der Betrachtung einer einzelnen Ganglienzelle nur in seltenen Fällen eine Diagnose auf Erkrankung stellen lassen, diese wird sich vielmehr hauptsächlich auf das Verhältniss zwischen der Zahl der Uebergangsformen und der Zahl der Ganglien, ferner auf die Beschaffenheit der Grundsubstanz stützen müssen. Da in dem vorliegenden Falle die Zahl der Ganglien nicht vermindert, die der Uebergangsformen nicht vermehrt erscheint, da sich das Netz der grauen Substanz im Hals und oberen Brustmarke kaum verändert erwies, so werden wir die beschriebenen, eigenthümlich aussehenden Zellen nicht für krank erklären können. Anders verhielten sich aber die Ganglienzellen der lateralen Gruppe im unteren Brustmarke; hier lagen sie in einem verdichteten undeutlichen, aus dicken feingranulirten Balken gebildeten Netze und erschienen sehr gross, feingranulirt, wie bestaubt, und mitten unter diesen Ganglienzellengruppen wurden einzelne, ausserordentlich fein granulirte, gelblich tingirte Kugeln angetroffen, welche, obwohl sie keinerlei Kern erkennen liessen, zufolge ihrer Stellung als Abkömmlinge von Ganglienzellen betrachtet werden konnten.

Die graue Substanz selbst zeigte, wie schon erwähnt, im Hals- und oberen Brustmarke keine Veränderungen, während im untersten Brustmarke das Netz sehr dicht und undeutlich wurde. Hervorheben möchte ich, dass mit dieser Eigenthümlichkeit des Netzes sich gleichzeitig ein beträchtlicherer Gefässreichthum einstellte. Vom Sulcus anterior traten dickwandige Gefässe von weitem Kaliber in die Substanz der Vorderhörner ein und theilten sich daselbst wiederholt. Die Gefässe in der vorderen Längsfurche waren von einer krümeligen, diaphanen Masse umgeben, welche oft in so bedeutender Menge vorhanden war, dass sie den Sulcus ampullenförmig ausdehnte, und welche im Brustmarke die in die graue Substanz eintretenden Gefässe auf weite Strecken hin begleitete. Homogene Anschwellungen des Netzes der grauen Substanz fehlten jedoch in diesem Falle. Der Ring des Centralkanals war in seiner Continuität meist vollkommen erhalten und von einem sehr schönen Kranze deutlicher Cylinderzellen umrahmt. Eine Kernwucherung um denselben wurde nicht angetroffen. Die weisse Substanz zeigte keine Abnormitäten.

Den Befund in diesem Falle möchte ich in Folgendem resumiren: Hyperämie der grauen Substanz im unteren Brustmarke; krümelige Massen um die Gefässe. Degeneration einzelner Ganglienzellen der lateralen Gruppe im unteren Brustmarke.

Fall 4. Knabe, geb. am 29. März 1880; Gewicht 2400 Grm. Am 9. April Auftreten eines maculösen Syphilides. Tod am 17. April 1880.

Die Obduction, welche am 18. April ausgeführt wurde, ergab keine auffälligen Veränderungen an den inneren Organen.

Der Rückenmarksbefund war in diesem Falle ein ähnlicher, wie in dem vorausgehenden. Ziemlich beträchtlicher Gefässreichthum, stellenweise in den hinteren Antheilen der Vorderhörner Verdichtung und Verschwommensein der Structur der grauen Substanz und der Ganglienzellen, bei vollkommener Deutlichkeit und Zartheit des Netzes an anderen Stellen, Intactheit des Netzes der weissen Substanz; Anhäufung scholliger Massen um die Gefässe im Sulcus anterior.

Da die Veränderungen im 3. und 4. Falle aber nicht sehr augenfällig waren, muss ich immerhin einräumen, dass sie einer verschiedenen Beurtheilung fähig sind, und ich werde demnach diese beiden Fälle vorläufig zu jenen mit zweifelhaften Untersuchungsergebnissen zählen.

Syphilis acquisita.

Fall 1 [1]). Der Kranke P. J., 60 Jahre alt, trat am 25. Mai 1880, mit Eczema scroti et cruris behaftet, in die Klinik für Hautkranke in Wien ein. Bei einer am 19. Juni vorgenommenen Untersuchung wurde das Vorhandensein einer bohnengrossen excoriirten Sclerose im Sulcus coronarius linkerseits constatirt, deren Bestand erst acht Tage währen sollte; nach den wenig verlässlichen Angaben des Patienten sollte die Infection vor zwei Monaten erfolgt sein.

Der Kranke stand bis zum 22. Juli in Beobachtung und wurde, da keinerlei Erscheinungen von Allgemeinsyphilis aufgetreten waren, an diesem Tage entlassen; die Sklerose hatte sich unter grauem Pflaster theilweise zurückgebildet.

Am 7. November 1880 stellte sich der Kranke, mit einem Syphilide behaftet, wieder vor und gab an, seit fünf oder sechs Wochen an dem Ausschlage zu leiden.

Der letztere bestand in einem Knotensyphilide an der Stirne und am Nacken, in papillären linsen- bis kreuzergrossen, mit Krusten bedeckten Wucherungen an den Nasenwinkeln und der bebarteten Gesichtshaut, in speckig belegten Rhagaden an den Mundwinkeln und in unregelmässig zerstreuten Papeln am Rücken; Brust, Bauch und Extremitäten waren frei geblieben. Angina specifica, — teigig weiche Sklerose im Sulcus coronar. gland. — Blennorrhoea urethrae — Eczema cruris et scroti.

Kephalische Erscheinungen fehlen, Mattigkeit; Motilität und Sensibilität intact.

Die Reflexe verhielten sich folgendermassen: Durch Streichen der Haut mit dem Griffe des Percussionshammers wird von der Fusssohle aus ein Reflex hervorgerufen; hier bewirkt eine nur leichte Berührung eine brüske Zuckung der ganzen Extremität, Beugung im Fuss-, Knie- und Hüftgelenke und zeitweilig auch Zuckung in der anderen Extremität und der Bauchmusculatur. Auf Nadelstiche in

---

[1]) Ich habe über diesen Fall bereits in den „Wr. Medic. Blättern“ Nr. 12 u. 13, 1881, berichtet. Der Vollständigkeit halber und da mir die Anfertigung neuer Präparate und der Vergleich mit den übrigen Fällen einzelne Details noch besser erkennen liessen, muss ich auf denselben hier zurückkommen.

die Bauchhaut treten träge Contractionen der Bauchmusculatur auf, Nadelstiche an der Aussen- oder Innenfläche der unteren Extremitäten haben eine schwache Zuckung und Adduction, respective Abduction zur Folge. An der Fusssohle rufen Nadelstiche dieselben Reflexe hervor, wie einfaches Streichen.

Das Verhalten der Sehnenreflexe lässt keinerlei Veränderung erkennen. Patellarsehnen- und Adductorenreflex mässig stark, Fussphänomen fehlt.

Die Ordination lautete: Einreibungen mit grauer Salbe, graues Pflaster auf die Sklerose, Touchirung des Rachens mit Argent. nitric. Diachylonsalbe auf die Unterschenkel.

Am 13. November wurde der Kranke mit starker Dispnoë und Cyanose angetroffen; mit diesen Erscheinungen war gleichzeitig ein copiöser Auswurf von grosschaumigen, blutig tingirten Sputis aufgetreten. Die Auscultation ergab auf beiden Lungen ausgebreitete, grossblasige Rasselgeräusche. Temp. 37·6.

Die Einreibungen wurden ausgesetzt und Infus. Ipecac. ordinirt.

14. November. Stat. idem. Harn blutig.

15. November. Pneumonische Sputa, Dämpfung links rückwärts von der Spina scapulae bis zum unteren Winkel derselben, daselbst bronchiales Exspirium; stellenweise Knisterrasseln, sonst grossblasige Rasselgeräusche über beiden Lungen. Im Harnsedimente Blutkörperchen, Eiter, Schleimfäden und Exsudatcylinder.

16. November. Pneumon. Sputa mit eitrigem Schleim gemischt, Dyspnoë geringer, Temp. 37·0. Dämpfung bis zur Lungenspitze vorgeschritten, Harn blutig. Papeln im Schwinden.

17. November Collapsus; nach mehrstündiger Agonie Tod um $^1/_2$10 Uhr Abends.

Die durch Herrn Dr. Zeman am 18. November vorgenommene Obduction ergab: Morbus Brightii im Beginne des zweiten Stadiums mit Vergrösserung der Nieren auf das Doppelte; croupöse Pneumonie im linken Oberlappen, erstes Stadium, acutes Oedem der übrigen Lunge. Leicht cyrrhotische Fettleber, Hypertrophie des linken Herzventrikels, teigige Sklerose im Sulcus coronarius; Reste der Papeln und des chronischen Eczemes.

Das Rückenmark zeigte im frischen Zustande weder auf seiner Oberfläche noch auf Querschnitten auffällige Veränderungen; dasselbe

schien allerdings blutreicher, doch in Consistenz, Färbung und Abgrenzung der grauen von der weissen Substanz nicht alterirt.

Nach der Härtung in Müller'scher Flüssigkeit und Alkohol zeigten jedoch einzelne zur mikroskopischen Untersuchung angefertigte Schnitte aus dem untersten Brustmarke, im Vergleiche zu anderen aus derselben Region herstammenden Präparaten, die Vorderhörner, insbesondere in ihrem lateralen Theile, geschwellt und verbreitert. Eine Aenderung in der Consistenz oder im Tinctionsvermögen war jedoch auch an solchen Präparaten makroskopisch nicht wahrzunehmen.

Die mikroskopische Untersuchung hingegen zeigte aber gerade diese Theile in auffälliger und unzweideutiger Weise erkrankt.

In der Höhe des 10. Brustnerven und bis zur Lendenanschwellung herab wurden die intensivsten Veränderungen angetroffen. Dieselben präsentirten sich zwar nicht continuirlich und gleichmässig, sondern mehr herdweise; manche Präparate zeigten nur geringgradige Erkrankung und dies verrieth sich schon makroskopisch durch den geringeren Umfang der Vorderhörner — gleichwohl muss ich aber die bezeichnete Region im Vergleiche zu den übrigen Rückenmarksabschnitten als am meisten verändert bezeichnen.

Vor Allem fiel mikroskopisch eine enorme Vascularisation der grauen Substanz auf (Fig. 3). An einzelnen Präparaten erschienen förmliche Convolute vom Blute strotzender Capillaren. Solche Bilder waren vornehmlich in den centralen und lateralen Partien, besonders im Processus reticularis, anzutreffen, doch participirten auch die Hinterhörner und die vordersten Abschnitte der Vorderhörner an diesem Gefässreichthume. An zahlreichen Stellen und in der ganzen grauen Substanz zerstreut, waren kleinere oder grössere Hämorrhagien anzutreffen, welche oft ganze Schnittreihen hindurch verfolgt werden konnten (Fig. 4 *c*).

Die grösseren Gefässe, insbesondere in der Commissur, erwiesen sich beträchtlich erweitert und von Blut dicht erfüllt; in ihren Wänden konnte jedoch keine auffällige Vermehrung der Kerne wahrgenommen werden. Intima und Media erschienen nicht alterirt, während die Adventitia meist sehr mächtig, gequollen, homogen war, und sich oft vom umgebenden Gewebe kaum abgrenzte, so dass, um einen Ausdruck Baumgarten's zu gebrauchen, die Querschnitte der Gefässe wie bluterfüllte Inseln in einem rothen transparenten Meer erschienen.

Die graue Substanz selbst war entsprechend und parallel dieser Hyperämie und vermehrten Vascularisation auffällig verändert. Die eigenthümliche Structur derselben war an Stellen grösster Intensität des Processes eigentlich ganz untergegangen; das Netz erschien ausserordentlich dicht und die Balken desselben wie gequollen und ineinanderfliessend; in dieser mehr oder weniger homogenen Masse erschienen die Ganglienzellen, wie gebläht, hydropisch mit homogenem Zellleibe (Fig. 4 *a*, *b*), theils mit erhaltenen Ausläufern, theils ohne solche; viele derselben liessen nur einen sehr undeutlichen Kern erkennen. Bei einer grossen Zahl anderer trat derselbe aber in auffallend deutlicher Weise aus dem meist ganz homogenen Zellleibe heraus und war im Gegensatze zu dem letzteren granulirt und mit deutlichem, tief dunkel gefärbtem Kernkörperchen versehen. Die Begrenzungslinien des Kernes waren entweder scharf oder vielfach eingekerbt, so dass ein maulbeerähnliches Aussehen resultirte. An einzelnen Präparaten erschienen solche Kerne ganz frei, oder nur mit Resten von Protoplasma versehen. Ferners waren kreisrunde, homogene, durchscheinende Gebilde anzutreffen, welche Querschnitten von geschwellten Achsencylindern in Entzündungsherden vollkommen glichen, und von welchen es nur der Umstand, dass sie inmitten von Ganglienzellengruppen angetroffen wurden, wahrscheinlich machte, dass sie aus Ganglienzellen hervorgegangen waren.

Andere solche Bildungen liessen überdies noch einen mehr oder weniger deutlichen Kern erkennen; viele waren von dem umgebenden Gewebe nicht abzugrenzen, sondern verschwammen förmlich in demselben. Ausserdem fanden sich, in allerdings nicht sehr grosser Zahl, langgestreckte homogene Fäden, die öfter bis zu Ganglienzellen verfolgt werden konnten und demnach als geschwellte Achsencylinder anzusehen waren.

Diesen Veränderungen waren am meisten die Ganglienzellen der Clarke'schen Säulen, der lateralen Gruppe und der centralen Partien unterworfen, während die vorderen, vielstrahligen Zellen in viel geringerem Grade, aber immerhin auch in unzweifelhafter Weise an dem pathologischen Processe participirten.

Gegen den Lendentheil zu nahmen die Veränderungen allmälig an Intensität ab und die Structur der grauen Substanz trat in dem gleichen Maasse wieder deutlicher hervor; zwar erschien das Netz noch durchwegs dichter und grobbalkig, wies hie und da Spindel-

zellen auf und zeigte noch sehr reichliche Vascularisation, doch fehlte jene eigenthümliche Quellung des Gewebes.

Vom 9. Brustnerven nach aufwärts nahm die Schwellung und vermehrte Vascularisation ab; stellenweise konnte aber wieder eine Steigerung des Processes in dem Dichterwerden des Netzes, in der Quellung der Ganglienzellen und in der Anwesenheit kleiner Hämorrhagien erkannt werden. Auch das Halsmark bot wieder beträchtlichere Veränderungen dar; neben einer hochgradigen Vascularisation, insbesondere in den centralen Partien, erschien die graue Substanz abermals in ihrer ganzen Ausdehnung in der beschriebenen Weise verändert und es wurden auch wieder die Ganglienzellen der vorderen Gruppen in Mitleidenschaft gezogen; so fanden sich wieder solche, welche homogen und hydropisch erschienen und deren Ausläufer stark geschwellt waren.

Die weisse Substanz des Rückenmarkes erschien im Bereiche des unteren Brustmarkes durchwegs reich vascularisirt, deren Stützgewebe geschwellt; an den Nervenröhren selbst konnte ich keine Veränderungen erkennen.

Den Befund in diesem Falle möchte ich demnach in Folgendem zusammenfassen:

Hochgradige Hyperämie (Gefässneubildung?) im untersten Brustmarke, Hyperämie der ganzen grauen Substanz. Circumscripte Hämorrhagien, insbesondere im unteren Brustmarke. (Oedematöse?) Schwellung des Gewebes der grauen Substanz und der nervösen Elemente.

Fall 2. F. G., 51 Jahre alt, wurde am 10. September 1880 auf das Beobachtungszimmer des allgemeinen Krankenhauses [1]) wegen maniakalischer Anfälle aufgenommen, und unter der Diagnose Anoja geführt.

Anamnestisch wurde eruirt, dass derselbe dem Trunke ergeben war, und vor 6 Jahren einen Schanker gehabt und eine Schmierkur durchgemacht habe.

---

[1]) Herr Regierungsrath Prof. Meynert hat mir in der liebenswürdigsten Weise die Benützung der Krankengeschichte, aus welcher ich das Wesentliche mittheile, gestattet.

Patient ist in seinen Aeusserungen verworren; er zeigt linksseitige Facialisparese; die Zunge zittert und weicht nach rechts ab; starke Tremores der Hände. Klagen über Schmerzen im Knie- und Hüftgelenke — äusserlich nichts nachweisbar.

Am 29. November wurde folgender Befund notirt: Pat. ist über Zeitverhältnisse unorientirt; bei Vorzeigen verschiedener Gegenstände erinnert er sich nicht gleich auf den richtigen Ausdruck, sucht erst durch Umschreibung die Bezeichnung zu finden. Facialisparese hat zugenommen; rechte Pupille etwas weiter, Tremores der Zunge dauern fort. Im Gesichte gehäuft, am Rücken, Brust und Vorderarme zerstreut stehende Acne (syphilitica?). Inguinaldrüsen etwas geschwellt; Sehnenreflexe fehlen.

Am 12. Jänner 1881. Verworrenheit dauert an; Pat. ist Nachts meist schlaflos, geht im Zimmer herum und findet dann sein Bett nicht.

29. Jänner. Erscheinungen von Aphasie und Verworrenheit dauern fort.

11. Februar. Patient musste wegen Unruhe in die Einzelnzelle gebracht werden.

17. Februar. Aphasie schwächer, Verworrenheit besteht fort.

26. Februar. Patient sehr unrein.

9. März. Deglutitionsstörung. Patient ist hochgradig abgemagert, halbbewusstlos.

11. März. Tod um 12 Uhr Mittags.

Die Section, welche durch Herrn Dr. Zemann am 12. März vorgenommen wurde, ergab:

Hochgradiges Oedem des Gehirnes und seiner Meningen; Hydrocephalus intern. chron. hohen Grades, starke Abplattung der Hirnoberfläche, partienweise Verdickung der basalen Gehirnarterien; Emphysem und Oedem der Lungen, ausgebreitete eiterige Bronchitis und zerstreute lobulär-pneumonische Herde. Catarrh. ventr. chron. Cystitis catarrh. chron.

Das Rückenmark, welches makroskopisch keine Veränderungen erkennen liess, wurde in $^1/_{10}$ % Chromsäurelösung und nachträglich in Alkohol gehärtet.

Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten sich die Ganglienzellen beträchtlich vermindert. Die Verminderung war eine so augenfällige, dass das Studium nur weniger Schnitte genügte, um die vollste Ueberzeugung hievon zu gewinnen. Insbesondere war das Brust-

mark an seinen Nervenzellen verarmt, so dass auf manchen Schnitten kaum eine wohlgebildete Ganglienzelle in dem groblückigen Gewebe zu entdecken war. Die noch vorhandenen Ganglienzellen zeigten ein ausserordentlich dichtes, tief dunkel tingirtes Protoplasma und erschienen wie geschrumpft. An einer Reihe derselben und selbst der vordersten Gruppen waren ähnliche Formen wahrzunehmen, wie ich sie im ersten Falle von congenitaler Syphilis beschrieben habe. Auch hier erschienen einzelne Zellen wie angenagt und ihr Rand zeigte scharf begrenzte, halbkreisförmige Buchten, welche runde Lücken begrenzten. Hierdurch war eine Reihe von Zellen auf Streifen verdichteten, etwas körnigen Protoplasmas reducirt, deren Begrenzungslinien aus einzelnen Zacken gebildet waren und welche kaum mehr einen Kern erkennen liessen. An einzelnen Präparaten waren auch — aber im Gegensatze zu dem Falle von congenitaler Syphilis höchst spärlich — freie in Vacuolen liegende Ganglienzellenkerne anzutreffen.

Das Gewebe der grauen Substanz hatte seinen gleichmässigen Charakter vollkommen eingebüsst; das Netz derselben erschien von dickeren, feinkörnigen Balken gebildet, welche mehr oder weniger grosse Lücken begrenzten. Sehr häufig und namentlich in der Commissur wurden wieder mitunter sehr ausgedehnte, homogene, glasige, roth gefärbte Herde angetroffen, welche, zeitweilig fast die ganze Commissur einnehmend, sehr oft in deren Centrum die Quer- oder Längsschnitte von mit Blutkörperchen dicht erfüllten Gefässen, wie „kleine Inseln in einem rothen, transparenten Meere“ wahrnehmen liessen.

Ein ganz eigenthümliches Ansehen gewann aber das Gewebe der grauen Substanz durch das Vorhandensein sehr zahlreicher, oft sehr ausgedehnter, frischer oder älterer Hämorrhagien. Besonders im Bereiche des 3. und 4. Brustnerven erschien das Gewebe der Vorderhörner von rothen Blutkörperchen durchsetzt; ja die Balken des zum Theil noch erhaltenen Netzes schienen geradezu von Blutkörperchen gebildet (Fig. 5).

Die sehr zahlreichen Gefässe waren beträchtlich erweitert und von Blut dicht erfüllt. Eine unzweifelhafte Kernwucherung in der oft sehr dicken Wand der grösseren Gefässe konnte ich aber auch in diesem Falle nicht constatiren.

Der Centralkanal war als solcher nicht erhalten und nur durch ein sehr mächtiges Lager von Kernen angedeutet.

In der weissen Substanz liessen sich keine pathologischen Veränderungen erkennen.

Der Befund in diesem Falle wird somit im Wesentlichen lauten:

Atrophie der Ganglienzellen, glasige, homogene Herde und ausgedehnte Hämorrhagien in der grauen Substanz, insbesondere der Commissur und der Vorderhörner.

Fall 3. Die Kranke P. F., 40 Jahre alt, wurde am 3. April 1880 auf der Klinik des Herrn Hofrathes Prof. Bamberger [1]) aufgenommen.

Wegen schlechter Besinnlichkeit und Schwäche der Patientin konnte von derselben eine verlässliche Anamnese nicht erhoben werden. Von Seite ihrer Verwandten wurde mitgetheilt, dass die Kranke 3 Mal geboren hatte: 2 Kinder leben. Vor 3 Jahren traten zum erstenmale Oedeme auf; vor circa 10 Wochen kam es wieder zu beträchtlicher ödematöser Schwellung und es stellten sich zeitweise chronische Krämpfe ein.

Die Kranke ist sehr abgemagert, Colorit blassgelb, die Pupillen 1·5 Mm. weit, die rechte um ein Minimum enger; die linke Lidspalte etwas enger als die rechte; auf dem linken Nasenflügel und auf die Scheidewand und Oberlippe übergreifend, ein mit massigen Krusten belegtes, scharfrandiges, specifisches Geschwür.

Der linke Mundwinkel hängt etwas herab.

Hals lang, mager; Thorax lang, schmal.

Auf der Brust und auf den beiden atrophischen Mammis bis daumennagelgrosse, weissglänzende Narben. Lymphdrüsen am Unterkiefer, am Halse und in der Inguinalgegend wenig geschwellt. Herzdämpfung normal, über der Herzspitze sowohl als über der Basis und am Ursprung der Aorta ein diffuses, lautes, systolisches Geräusch am stärksten über der Mitralis.

Respiration oberflächlich, etwas frequent, verschärftes vesiculäres Athmen.

Die Unterleibsorgane weisen nichts Abnormes auf.

---

[1]) Herr Hofrath Bamberger hat mir in bereitwilligster Weise die Benützung der Krankengeschichte gestattet.

Die Patientin ist soporös, apathisch, zeitweise treten in der Musculatur des Stammes, und den unteren Extremitäten Zuckungen auf. Puls 96, sehr klein, fadenförmig, regelmässig, Temp. 37·2.

Harnmenge etwas vermindert, der Harn dunkel, trüb, reichlich sedimentirend. Reaction sauer, bedeutender Eiweissgehalt. Das Sediment zeigt zahlreiche, rothe Blutkörperchen und alle Formen von Cylindern, namentlich Blutcylinder und ganz blasse Hyalincylinder.

Die Diagnose lautete: Morbus Brightii, Lues.

Nachdem in den folgenden Tagen wiederholt klonische Krämpfe aufgetreten waren, kam es am 10. April auf der Stirne und auf der Vorderseite des Stammes zur Eruption zahlreicher, erbsengrosser, blaurother, papulöser Efflorescenzen.

Patientin collabirte rasch und starb am 11. April.

Obduction nach 28 Stunden.

Der Obductionsbefund lautet:

Granularatrophie der Nieren mit Schrumpfung derselben auf zwei Drittel ihres normalen Volumens. Excentrische Hypertrophie des linken Herzventrikels, lobuläre Pneumonie in den Unterlappen beider Lungen; bilaterale, serös-fibrinöse Pleuritis mit je 300 Ccm. Exsudates; chronischer Magen- und Darmkatarrh; Hydrops beider Tuben — Hypertrophie der Uteruswand.

Das Rückenmark zeigte makroskopisch weder im frischen Zustande, noch nachdem es in $^1/_{10}$ % Chromsäurelösung gehärtet war, Veränderungen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung wies auch die graue Substanz des Hals- und oberen Dorsalmarkes keine bemerkenswerthen Veränderungen auf.

Vom 6. Brustnerven nach abwärts änderte sich aber die Beschaffenheit des Netzes insoferne, als es ein eigenthümliches, starres Aussehen gewann; zugleich wurde es mehr oder weniger groblückig, substanzarm und zeigte in seinen Balken theils eine grosse Zahl sehr feiner, stark lichtbrechender Fäden, theils feine Körnchen; — bei näherem Zusehen und dem Gebrauche der Mikrometerschraube erwiesen sich aber diese Körnchen als die Querschnitte von Fibrillen. Besonders ausgesprochen waren diese Verhältnisse in der Commissur. Diese war auf vielen Schnitten in ein sehr zartes, aus zahlreichen, nach den verschiedensten Richtungen durcheinander laufenden Fibrillen bestehendes Netz umgewandelt. Der Centralkanal war nur durch

einzelne regellos durcheinander liegende Kerne angedeutet, welche in das Netz eingefügt zu sein schienen.

Die Ganglienzellen in den hinteren Partien der Vorderhörner des unteren Brustmarkes schienen spärlicher, waren kleiner und wiesen ein sehr dichtes, tiefdunkel gefärbtes Protoplasma auf. Die weisse Substanz zeigte keine Abnormitäten.

Wenn über die Entstehung der Fibrillen in diesem Falle mit dem Ausdrucke nichts implicirt sein soll, so möchte ich den Zustand der grauen Substanz als Sklerose bezeichnen und den Befund in Folgendem formuliren:

Sklerose des Netzes der grauen Substanz im unteren Brustmarke, Atrophie (?) der Ganglienzellen in den hinteren Partien der Vorderhörner vom 6. Brustnerven nach abwärts.

Die vorstehenden Untersuchungen haben demnach, wenn wir die einzelnen Befunde überblicken, ergeben:

Atrophie der Ganglienzellen im 1. und 2. Falle von hereditärer Syphilis, im 2. und (?) 3. Falle von acquirirter Syphilis.

Homogene, glasige Herde im Gewebe der Vorderhörner und der Commissur im 1. und 2. Falle von hereditärer Syphilis, und im 1. und 2. Falle von acquirirter Syphilis; Haemorrhagien in das Gewebe der Commissur und der Vorderhörner im 1. und 2. Falle von acquirirter Syphilis; Sklerose des Netzes der grauen Substanz im 3. Falle von acquirirter Syphilis. Zweifelhafte Veränderungen im 3. und 4. Falle von hereditärer Syphilis.

Wien, im October 1881.

Das druckfertige Manuscript des vorstehenden Aufsatzes wurde am 19. October der Redaction dieses Archives übergeben.

Am 21. October hielt Herr Docent Dr. Nathan Weiss in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien einen Vortrag: „Ueber die Leitungsbahnen und Centren des menschlichen

Rückenmarkes“ [1]), in welchem derselbe die von mir geäusserte Anschauung, dass ein causaler Zusammenhang zwischen Haut- und Rückenmarkserkrankung in den von mir publicirten Fällen statthatte, bekämpft. Bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse über diesen Punkt verdienen diesbezügliche Einwände volle Beachtung; um so viel mehr, wenn sie von wissenschaftlich so achtbarer Seite erhoben werden.

Bei aller Erwägung ist mir aber der Grund, welchen Herr Dr. Weiss angibt, ich hätte die Intervertebralganglien und die peripheren Nerven vorerst untersuchen müssen, ehe ich eine solche Vermuthung — von Beweis war meinerseits nie die Rede — aussprechen durfte, nicht einleuchtend. Oder hätte etwa der Nachweis eines neuritischen Processes oder einer Entzündung der Intervertebralganglien die Existenz eines causalen Zusammenhanges weniger wahrscheinlich gemacht?

Die Constanz der Befunde und die Constanz der Localisation der Veränderungen des Rückenmarkes in meinen Fällen wies eben — und ich habe stets und nicht ohne Grund den Ausdruck „hinweisen“ gebraucht — auf einen causalen Zusammenhang hin. Ob nun die Erkrankung der grauen Achse durch Vermittlung eines Zwischengliedes (Intervertebralganglien?) oder nicht, zu Stande komme, ist für die Frage, ob in meinen Fällen ein Causalnexus bestand, meiner Auffassung nach irrelevant.

Welcher Art der causale Zusammenhang wäre, hierüber kann man allerdings sehr verschiedener Meinung sein. Bewiesen ist in diesen schwierigen Fragen Nichts, absolut Nichts, und ich glaube auch, dass eine objective Kritik meiner Arbeiten mich von dem Vorwurfe, ich hätte positive Behauptungen aufgestellt, freisprechen wird. Immerhin muss es aber gestattet bleiben, Vermuthungen auszusprechen. Wenn ich mir die Befunde in den angeführten Fällen, mit Rücksicht auf Erwägungen, welche den Untersuchungen vorausgingen, zurechtlegte, so glaube ich billiger Weise hierfür nicht verantwortlich gemacht werden zu dürfen; beweist Herr Dr. Weiss, dass meine Vermuthung eines Causalnexus eine irrige war, dann werde ich mich gerne und ohne zu

[1]) Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Nr. 3, 27. October 1881.

säumen, seiner besseren Einsicht unterordnen. Nun erklärt Herr Dr. Weiss in seinem Kampfe gegen die mir unterlegten Behauptungen, dass auch er die „Annahme einer causalen Beziehung zwischen Haut- und Rückenmarkserkrankung“ für möglich halte; seine Einwürfe sind demnach eigentlich nur gegen eine mögliche Art der Deutung des causalen Zusammenhanges gerichtet. Ich muss aber das Eingehen in eine Discussion dieser Frage vorläufig für gänzlich unfruchtbar ansehen.

Ob die Erkrankung des Rückenmarkes von der Erkrankung der Haut abhängig, oder ob die Hautaffection Folge eines pathologischen Vorganges im Rückenmarke sei, oder ob — was bei dem Zutreffen einer dieser Möglichkeiten wohl das Wahrscheinlichste ist — eine Combination dieser beiden Vorgänge möglich sei, ob eventuell auch derartige Beziehungen zwischen Haut und anderen, ausserhalb des Rückenmarkes gelegenen Centren der Innervation bestehen; ob die Vermittlung des krankmachenden Reizes durch sensible, trophische oder Gefäss-Nerven, in Folge eines neuritischen Processes oder durch blosse Functionsstörung dieser Nerven erfolge, ob eventuell die Erkrankung der Haut stets die Bedeutung einer Projection des krankmachenden Reizes habe oder ob nur verminderte Resistenzfähigkeit im Projectionsgebiete einzelner Nerven im Spiele sei; ob nur eine dieser Möglichkeiten zur Geltung komme, oder ob mehrere derselben gleichzeitig oder abwechselnd zur Wirkung gelangen können — dies sind sämmtlich Fragen, die sich wohl mit Rücksicht auf meine Arbeiten neuerdings aufwerfen, zu deren Lösung aber erst das Materiale gesammelt werden muss. — Vorerst müssen Thatsachen, wie sie die mikroskopische Untersuchung des gesammten Nervensystemes, die klinische Beobachtung und das Experiment ergeben können, sprechen; — Beweise werden sich erst aus solchen aufbauen lassen.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel V.

Fig. 1. Fall 1 von congenitaler Syphilis; vorderer Abschnitt des rechten Vorderhornes in der Höhe des 11. Brustnerven. *a, b, c* Ganglienzellen mehrfach eingebuchtet. (Die Zeichnung gibt, da sie aus der Ebene nicht heraus kann, kein ganz vollständiges Bild jener eigenthümlichen, vielfach eingebuchteten, wie angenagten Formen.) *d* Kern in einer Vacuole. (Oc. 1. Obj. 8. Hartnack.)

Fig. 2. Fall 1 von congenitaler Syphilis; Centrum des linken Vorderhornes. *a, b* freie Kerne in Vacuolen; *c* protoplasmaarme Zelle in einer Vacuole des Netzes und mit demselben nur durch zarte Fädchen verbunden. *d* sehr blasse Zelle mit sehr grossem Kerne, vom umgebenden Gewebe nach einer Seite hin kaum abgegrenzt. (Oc. 2. Obj. 8. H.)

Fig. 3. Fall 1 von acquirirter Syphilis; rechtes Vorderhorn in der Höhe des 10. Brustnerven. Zeigt den enormen Gefässreichthum der grauen Substanz. *c* Commissur. (Oc. 2. Obj. 4. H.)

Fig. 4. Fall 1 von acquirirter Syphilis; vorderer Abschnitt des linken Vorderhornes in der Höhe des 11. Brustnerven; *a, b* homogene Ganglienzellen mit granulirtem, sehr deutlich aus dem Zellleibe hervortretendem Kerne. *c* Hämorrhagie. (Oc. 2. Obj. 8. H.)

Fig. 5. Fall 2 von acquirirter Syphilis. Centrum des rechten Vorderhornes; Hämorrhagie durch das ganze Vorderhorn; Gefässe mächtig erweitert. (Oc. 2. Obj. 8. H.)

Bericht

über die

Verhandlungen der dermatologischen Section des 7. internationalen medicinischen Congresses in London 1881.

Es ist schwer von einem Theile eines Ganzen zu sprechen, ohne das Ganze zu erwähnen. Unser Bericht über die Section für Hautkrankheiten des internationalen medicinischen Congresses würde daher nur lückenhaft erscheinen, wollten wir nicht vorher über den Congress selbst einige Worte unseren Collegen, die nicht Gelegenheit hatten an diesem Geistestournier Theil zu nehmen, mittheilen.

Die Stadt London selbst mit ihren zahllosen Sanitätsanstalten bot jedem Besucher so viel des Sehenswerthen und Interessanten, dass wir alle nur mit dem Bedauern schieden, nicht in der physischen Lage gewesen zu sein, eine grössere Ausbeute zu machen. Die kurze Zeit, die uns zu unserem Zusammensein gegönnt war und die für den Continentalen ungewohnten Entfernungen setzten Schranken, welche nicht überwunden werden konnten. Mit dem grössten Danke aber müssen wir es vorweg erwähnen, dass alle unsere Collegen uns mit Rath und That an die Hand gingen und Alles thaten, was in ihrer Macht lag, um unseren Aufenthalt möglichst fruchtbringend und angenehm zu gestalten.

Zur grösseren Bequemlichkeit war in Burlington-House, dem prachtvollen auf Piccadilly gelegenen Palaste, der auch einen Theil der Londoner Universität beherbergt, ein eigenes Museum für die Congress-Zeit angelegt worden, in welchem seltene Objecte aus allen Zweigen der medicinischen Wissenschaft ausgestellt waren. Der jedem Mitglied überreichte Catalog zählt 788 Nummern; bedenkt man jedoch, dass unter einer Nummer ganze Serien gleicher Objecte zusammenge-

fasst waren, Serien die bis zu 30 Gegenständen umfassten, so ergibt sich, dass mehrere Tausende von Bildern, Wachsbossirungen, getrockneten Präparaten u. dgl. zu sehen waren.

Von dermatologischen Präparaten und Raritäten sollen nur einige erwähnt werden; da waren z. B. 3 Wachspräparate von Ainhum (Nr. 285, 286 und 287) an den kleinen Zehen von Negern ausgestellt von Dr. J. K. Zowler aus dem Museum des Middlesex Hospital, und von demselben (Nr. 317) ein Eczem an den Brustwarzen einer Frau, das sich in ein Epitheliom umgewandelt und die grösste Partie der Brustdrüse ergriffen hat. Eine von James Startin ausgestellte Ratte, die zu mehr als $^2/_3$ ihrer Oberfläche mit Favusscutulis bedeckt war. (Nr. 493.)

Das irische Royal College of Surgeons hat durch Dr. Phin. S. Abraham eine Collection von 47 Objecten ausstellen lassen. Für uns waren die Nr. 583—95 von besonderem Interesse, weil sie theils Präparate von differenten cutanen Lepraformen darstellten, theils Veränderungen an Knochen, Nerven und Hoden in Folge von Lepra zeigten.

Das Guy's Hospital hat von seinen Modellen von Hautkrankheiten und Syphiliden eine stattliche Reihe (Nr. 608—640) ausgestellt, Hutchinson 15 Abbildungen von Cancer rodens (sub Nr. 671 a) und eine ganze Serie von seltenen Lupusformen, (Nr. 682) und so könnten wir noch viele interessante Objecte erwähnen, würden wir nicht zu ermüden fürchten.

Das ganze wissenschaftliche Materiale war in XV Sectionen getheilt worden, deren jede ein eigenes Comité besass und in einem eigenen Saale tagte. Die dermatologische Section trug die Nummer XI.

Es war erhebend zu sehen, mit welchem Eifer sämmtliche Mitglieder dieser Section an den Sitzungen Theil nahmen, mit welcher Aufmerksamkeit den Vorträgen gelauscht wurde und wie sich Jeder bemühte sein Bestes beizutragen zur Klärung strittiger Fragen.

Der Nestor der Dermatologen, der liebenswürdige Erasmus Wilson war zum Vorsitzenden unserer Section gewählt worden. In jugendlicher Frische und mit jugendlichem Eifer leitete er die Verhandlungen in so correcter und liberaler Weise, dass jedes Mitglied sich ihm zum grössten Danke verpflichtet fühlte. Er eröffnete den Reigen der Sitzungen am Nachmittage des 4. August mit längerer

Rede. Herzlich begrüsste er die zahlreich anwesenden Fachgenossen und gab das Ziel an, das durch die Besprechung wissenschaftlicher Fragen von Seite so bewährter Kräfte erreicht werden solle. Den praktischen Sinn seiner Landsleute documentirend, erwähnte er, dass ihre Neigung sie besonders zu jenen Studien veranlasse, welche unmittelbar die Heilung von Krankheiten bezwecke. Es sei daher vor Allem nöthig, die krankmachende Ursache der verschiedenen Hautübel zu erforschen und zu beheben, da dann diese spontan schwinden würden. Als Grundprincip müssten wir auf Regulirung der allgemeinen Functionen der Oekonomie, die der Digestion, Assimilisation und Nutrition hinzielen, da durch deren Störung, sowie durch Störung der normalen Innervation, Erkrankungen der allgem. Decke entstehen, welche wohl durch äusserliche Medicamente momentan beseitigt, aber nicht dauernd behoben werden könnten.

Diesem praktischen Zwecke entsprechend waren auch drei Frage-Punkte aufgestellt worden, welche lauten:

1. Ueber das Verhältniss der constitutionellen Krankheiten zu Hautkrankheiten.

2. Ueber die Natur und die Behandlung des Lupus erythematosus.

3. Ueber den Einfluss, welchen Klima, Verschiedenheit der Racen und Lebensweise auf die Hautkrankheiten haben können.

Zu unserer Verwunderung kamen aber Gegenstände zur Verhandlung, die gar nicht in dieses Programm passten und von den Fragepunkten wurde nur ein einziger besprochen, der über Lupus erythematosus.

Den Reigen der Vorträge eröffnete E. Vidal (Paris) mit der Beschreibung einer neuen Dermatomykose, die er Pityriasis circinata et marginata parasitica nannte und von der Pityriasis rosea Gilbert's und Bazin's, sowie vom Erythrasma Baerensprung's unterschied. Den die Läsion veranlassenden Pilz nannte er Mikrosporon anomaeon und schilderte die Art und Weise, wie er sich in die Epidermis und die Haarfollikel einnistet. Die angeführten differentialdiagnostischen Merkmale waren so minutiös, dass wir uns kaum dem Verdachte entziehen konnten, dass die von Vidal creirte neue Mykose eine der zahlreichen Varianten der Dermatomykosis tonsurans (Herpes tonsurans maculo-squamosus) sei.

Angelucci (Rom) brachte hierauf die eigenthümliche Behauptung, dass Psorasis, Eczema papulosum und das sogenannte Mollu-

scum contagiosum von demselben Parasiten herrühren. In den Schuppen der beiden erstgenannten Uebel und in den hornigen Septis zwischen den Läppchen des Moll. contag. fand er nämlich Sporen, die in Zoogloea eingebettet waren und sich in Cultivationsflüssigkeiten zu Bacterien entwickelten. Er behauptet ferner, dass in den drei erwähnten Hautkrankheiten keine anderen Veränderungen zu Stande kommen, als die, welche Koch unter der Bezeichnung der progressiven Nekrose der Gewebe beschrieben hat. Obwohl Angelucci die klinische Differenz der drei Dermatosen zugesteht, hält er doch den Parasiten für den Erreger derselben.

Diese Anschauungen riefen begreiflicherweise Entgegnungen wach und war Oskar Simon (Breslau) der erste, der erwiederte, dass man ganz dieselben Bacterien in einer grossen Menge von Hauterkrankungen finde und dass Klebs sie auch bei Variola antraf; ja dass sie auch an der gesunden Haut vorhanden seien. Ueberhaupt sei die Diagnose der Bacterien manchmal sehr schwer, da alle Epithelialzellen, die der Luft ausgesetzt und von der Ernährung abgeschnitten seien, granulös degeneriren und so viel Aehnlichkeit mit Bacterien darbieten. Unna (Hamburg) erwähnt für das Molluscum contagiosum besonders noch die Aehnlichkeit der Eleïdin-Körnchen mit Bacterien, was zu Irrthümern Anlass geben könne. Vidal (Paris) hat zwischen den Zellen an der Oberfläche der kleinen Moll. contag. Tumoren oft Sporen und Bacterien gefunden, letztere aber nie für den Krankheitserreger gehalten, da er sie bei allen Erkrankungen der Sebumdrüsen angetroffen hat. Kaposi (Wien) bestätigt die Ansicht der drei Vorredner, dass grosse Vorsicht gebraucht werden müsse, wenn man aus solchen Befunden Schlüsse ziehen will, umsomehr seit Nägeli selbst zugestand, dass er manchmal nicht in der Lage sei, Bacterien von Zerfallsprodukten des Protoplasmas zu unterscheiden. Thin (London) hat die von Angelucci beschriebenen Bacterien beim Moll. contag. gesehen, nie bei Psoriasis. Dennoch hält Thin seine Ansicht in Reserve, ob sie auch pathogen seien. Cavafy (London) meint mit Recht, dass hier nur Impfversuche zu einem entscheidenden Resultate führen können. (Ref. hatte durch die Freundlichkeit des Dr. Thin Gelegenheit, dessen Präparate zu sehen, und konnte sich auf diese Weise durch den Augenschein überzeugen, dass die fraglichen Körperchen existirten, aber nicht entscheiden, ob sie wirklich Bacterien oder Zerfallsprodukte der organischen Substanz seien. Wie immer sich auch durch Investi-

gation diese Frage beantworten lassen würde, so ist doch die Leichtfertigkeit von der Hand zu weisen, mit der der Befund von Mikroorganismen zur sofortigen Aufstellung als ätiologisches Moment benützt wird, umsomehr, wenn es sich dabei um Processe, wie die in Rede stehenden handelt, die in jeder Hinsicht toto coelo verschieden sind.

Oskar Simon (Breslau) beschrieb hierauf eine Affection an der Glans penis und inneren Oberfläche des Präputiums, die durch einen Pilz hervorgerufen worden war und die er daher Balano-Postho-Mykosis nannte. Anfänglich bemerke man nur eine leichte Irritation, ein Erythem, dem bald stärkere Entzündung und Secretion folgte. Hierauf traten schmerzhafte Excoriationen und Wunden auf, Phimosis und endlich eine Wucherung ähnlich den spitzen Condylomen. Merkwürdig dabei war, dass das Leiden stets bei Diabetikern vorkam. Der Pilz, der alle die Wucherungen durchsetzte, fand eine gute Nährflüssigkeit in dem zuckerhältigen Harn, der in den Präputialsack eindrang; als Gelegenheitsursache mag auch Decomposition des Smegma praeputiale angesehen werden können. Der Pilz selbst bestand aus Sporen und Mycelien, so dass einzelne oder paarweise Sporen und ganze Gliederketten zu sehen waren; die Mycelfäden waren gabelig und selbst in mehrere Aeste getheilt. Fructificationsorgane konnte Simon nie finden. Die Prognose sei nicht so günstig, wie bei einer gewöhnlichen Balano-Posthitis, da bei der Behandlung die Disposition diabetischer Individuen zu Gangränescirungen in Betracht gezogen werden müsse. Als Heilmittel verordnete er trocknende, mit Salicylsäure versetzte Streupulver und erzielte damit stets günstige Resultate. Zur Entfernung der Wucherungen bediente er sich zumeist der Galvanokaustik.

Kaposi findet die Untersuchung der Secrete des Präputiums von Nichtdiabetikern nothwendig, um zu entscheiden, ob der Pilz nicht auch in Fällen von Balano-Posthitis bei gesunden Menschen vorkommt. Liveing (London) bemerkt, dass Leute, die mit Zucker hantiren, oft an Reizzuständen der Haut leiden. Bei Diabetes fand er Erkrankungen der allgemeinen Decke häufiger bei Weibern, als bei Männern. Malcolm Morris (London) erwähnt, dass er einen Pilz bei einem Falle von Balanitis gefunden habe bei einem Individuum, das nicht an Diabetes mellitus litt. Unna (Hamburg) bemerkt, dass Zucker in Lösung das Wachsen der Pilze begünstige, in Pulverform aber dieselben tödte.

Der Präsident stellt hierauf die Frage, ob nicht Thonerde und Zinkoxyd genügen würden, diese Affection zu beheben, welche in England so selten sei, weil, wie er meint, die Reinlichkeit grösser sei. Balmano Squire (London) erwähnt, dass nach seiner Erfahrung Rohrzucker sicher ein Reizmittel für die Haut abgebe, während Glykose unschädlich sei. — Zum Schluss erwiedert O. Simon auf die gemachten Einwände, dass bei der gewöhnlichen Balano-Posthitis bei Nichtdiabetikern Spirochaeta et Torula als zufällige Beimengungen gefunden werden, nicht aber sein Pilz, und dass bei der Zuckerruhr der diesen Fällen eigenthümliche Mycel tiefer eindringe.

Ueber eine eigenthümliche Papillargeschwulst der behaarten Kopfhaut trug Alfred Sangster (Cambridge) vor. Bei einem in vorgeschrittenen Lebensjahren stehenden, sonst stets gesund gewesenen Manne hatte sich sehr langsam eine taubeneigrosse Geschwulst an der behaarten Kopfhaut entwickelt, deren erstes Auftreten so weit zurückdatirt wird, dass Pat. sich nicht erinnern konnte, sie nicht gehabt zu haben. Die Höhe des Tumors betrug an der grössten Prominenz $2^1/_2$ Ctm.; seine Farbe war durch besonders an den Rändern reichlich eingelagertes Pigment dunkelbraun, dagegen die darauf wachsenden Haare pigmentlos. Die Oberfläche des von Sangster exstirpirten Tumors, dessen Hälfte der Versammlung zur Ansicht zur Verfügung stand, war mehrweniger normal, mit nur etwas verdickter Epidermis bedeckt und zeigte nirgendwo eine eiternde Fläche oder Fistelgänge. Die mikroskopische Investigation liess eine zweierlei Structur erkennen, da der tiefere Theil aus fibrösem Gewebe bestand, während die mehr superficiellen Partien dem Sarcom ähnliche Bilder lieferten.

Kaposi erwiederte, dass er diese Affection, der Alibert den Namen Mykosis fromboesioides gegeben, als Dermatitis papillomatosa beschrieben habe. Thin erwiederte auch diesbezüglich, nur commentirte er die von Sangster gezeigten Abbildungen seiner Präparate als eine epitheliomatöse Neubildung, ähnlich dem Cancer rodens. — (Nach unserer Meinung war die in Rede stehende Geschwulst eine fibröse, dem sogen. Fibroma molluscum ähnliche, Neubildung, welche wegen der straffen Spannung der Kopfhaut keine pendulöse Form erhalten konnte und an der bereits secundäre Veränderungen von Seite der Epidermidalbedeckung vorgegangen waren. Mit der Framboesie Alibert's hatte sie nichts zu thun, da sie normal bewachsen war,

die Haare einzeln und nicht in Büscheln an den Eingangsöffnungen von fistulösen Kanälen standen, keine pustulösen Efflorescenzen vorhanden waren und alle entzündlichen Erscheinungen fehlten. Ref.)

Rasori (Rom) machte eine kurze Mittheilung über allgemeine Entzündung der Schweissdrüsen in Folge lange fortgesetzter innerer Anwendung von Pilocarpin. In einer einleitenden literar-historischen Skizze legt er dar, dass noch keine Publication dieses Vorkommens stattgefunden habe und beschreibt hierauf einen Casus, bei dem sich in Folge übermässigen Genusses von Pilocarpin sämmtliche Schweissdrüsen als kleine cystenartige Körperchen in der Haut hatten fühlen lassen, eine constant gesteigerte Hypersecretion von Schweiss statt hatte, welche Erscheinungen einige Zeit nach dem Aussetzen des Pilocarpins wieder schwanden.

Schwimmer (Pest) erwähnt, dass er einen ähnlichen Fall gesehen habe, bei dem sich diese Idrosadenitis am Rücken circumscript eingestellt habe in Folge der Anwendung desselben Mittels. Simon (Breslau) und Unna (Hamburg) bezweifeln, dass die kleinen Tumoren wirklich vergrösserte Schweissdrüsen gewesen seien, was Rasori durch die Angabe widerlegt, in einem ausgeschnittenen Knoten lauter Schweissdrüsen-Ausführungsgänge gefunden zu haben. Kaposi bemerkte, dass er zwar schon oft Pilocarpin gegeben habe, diese Erscheinung aber nie aufgetreten sei.

Ueber vaccinale Hauteruptionen. Von Behrend (Berlin). Der Vortragende hat in seiner Stellung als öffentlicher Impfarzt seit längerer Zeit seine Aufmerksamkeit auf die Impfausschläge gerichtet, und berichtet über sieben einschlägige Fälle. In fünf derselben (pustulöse, herpesartige und exsudativ-erythematöse Formen) erschien das Exanthem in den ersten drei Tagen nach der Vaccination, in einem Falle (masernähnlicher Ausschlag, jedoch ohne Fieber und Katarrh) am achten Tage. Der siebente Fall betraf ein rachitisches Kind, bei welchem ein schon vorhandenes Eczem durch die Impfung sich weiter verbreitete. Ausserdem waren bei vielen anderen Kindern nach Angabe der Mütter in den ersten 24 Stunden nach der Impfung entweder flüchtige Erytheme oder Urticaria-Eruptionen aufgetreten, die jedoch schnell wieder schwanden, so dass sie bei der Revision, am siebenten Tage, nicht mehr sichtbar waren.

Die geschilderten Hauteruptionen sind gutartiger Natur, unterliegen einer spontanen Involution und können nicht auf eine specifische

Wirkung der Vaccinelymphe zurückgeführt werden, sie bilden vielmehr vollkommene Analoga derjenigen Exantheme, welche nach dem Gebrauch von Arzneimitteln und dem Genusse gewisser Speisen zuweilen beobachtet werden.

Der Vortragende vertritt die Ansicht, dass jede Abweichung des Blutes von seiner normalen Constitution (wie bei Pyämie, Septikämie, sowie nach Operationen und zufälligen Verletzungen) im Stande ist Hauterkrankungen zu erzeugen, dass hierzu aber ausserdem noch eine gewisse Prädisposition des Individuums erforderlich ist. Im Verlaufe der Vaccine existiren zwei ganz bestimmte Phasen, in denen die Entwickelung der Impfausschläge stattfinden kann: in der ersten (die ersten drei Tage nach der Impfung umfassend) ist vielleicht die Impfverletzung für die Genese der Exantheme nicht ganz ohne Bedeutung, während die Exantheme der zweiten Periode (vom achten Tage ab) wahrscheinlich auf eine Resorption von Pustelinhalt zurückzuführen sind.

Analoga dieser Impfausschläge kommen auch bei Variola vor: Frühausschläge während des Prodromalstadiums vor dem Ausbruch der Variola, und Spätausschläge während der Maturation der Pusteln oder später. Die Analogie der letzteren mit den Impfausschlägen beweist, dass jene nicht auf eine specifische Wirkung des Pockengiftes beruhen, und dass namentlich das Prodromalexanthem der Pocken nicht die prognostische Bedeutung hat, welche demselben allgemein beigelegt wird.

Wir selbst nahmen hier Gelegenheit, nach Billigung alles Vorangehenden auf die Eigenthümlichkeit der Prodromal-Exantheme der Variola besondere Aufmerksamkeit zu lenken und ihre Eigenthümlichkeiten bezügl. Sitz, Verlauf etc. zu schildern, da sie von diagnostischem Werth schon zu einer Zeit seien, zu der man ohne ihre Kenntniss nicht die Variola diagnosticiren kann. Hardy (Paris) gibt seine Eintheilung in 3 Arten von Vaccine-Eruptionen, 1. eine allgemeine Vaccinia, welche gewöhnlich sei, 2. exanthematöse Eruptionen über den ganzen Körper, meist vor der Entwickelung der Vaccinepusteln auftretend, 3. diabrotische Eruptionen, Eczeme etc. oft durch die Impfung hervorgerufen nach der Entwickelung der Vaccine-Pusteln. Ausser beim Eczeme sei die Prognose günstig, besonders die Fälle von pustulöser Gangrän seien höchst selten.

Ein interessantes Thema warf Robert Lieving (London) auf über die Ursache des Entstehens der Alopecia areata. Die

aufgestellten Hypothesen konnte er in zwei Gruppen theilen, je nach dem das Uebel 1. als parasitäres angesehen, oder 2. als das Produkt einer trophischen Störung betrachtet wurde. Er neigt der letzteren Ansicht zu und gibt folgende Gründe dafür an: Auffallend sei, dass die Befallenen stets von zarter Constitution seien (? Ref.), und dass dem Haarverluste functionelle nervöse Störungen vorangingen und folgten (? Ref.). Zuerst sollen sich Hyperästhesien und Neuralgien einstellen, und im weiteren Verlaufe einer verminderten Empfindlichkeit der betreffenden Localität Raum geben. Die Prädilectionsstellen seien das Hinterhaupt und später erst sollen auch an der Stirnpartie kahle Flecken entstehen. Seine Ansicht werde auch durch die Resultate seiner Behandlung gestützt, die in Anwendung blasenziehender Mittel und constanter Ströme besteht; freilich müssen beide lange Zeit fortgesetzt werden.

Vidal (Paris) entgegnet hierauf, dass es verschiedene Formen von Alopecie gebe, welche mit einander verwechselt würden und daher zu verschiedenen Ansichten über die Entstehungsursache Veranlassung gegeben haben. Es gebe erstens eine Alopecia decalvans, welche häufig Recidiven mache. Er bezog sich dabei auf einen Fall, bei dem die Alopecie begrenzt war auf das Ausbreitungsgebiet des Nervus occipitalis et auricolu-temporalis. Solche Fälle sah er, sich auf jähen Schreck oder Schmerz entwickeln; ihre localen Symptome seien geringes Jucken und leichte Röthe. Diese Form sei nie ansteckend. Eine zweite Form bestehe in nur einer Tonsur. Die Haut werde auffallend weiss, atrophisch, so dass sie eine Depression aufweise. Auch diese Form sei nie ansteckend, obwohl sie einer parasitischen Affection gleiche. Bei der dritten Form, die nach Bazin contagiös sein solle, finden sich abgebrochene Haare, wie bei der Dermomykosis tons. vor. Bei dieser Form sah Vidal zu wiederholten Malen Ansteckung in Familien und Convicten, bei zwei Schauspielern, die dieselbe Perrücke gebraucht hätten, etc. Hardy (Paris) glaubt, dass die Antwort auf die Frage, ob es nur eine Gattung von Area celsi gebe, noch nicht spruchreif sei. Er hält es für wahrscheinlich, dass in jungen Fällen Ansteckung möglich sei, diese Fähigkeit im späten Verlaufe verloren gehe, und erzählt als Beleg dafür einige Krankheitsgeschichten. — Referent selbst ergreift das Wort, um vor Allem die oftmalige Verwechslung von Alopecia areata mit ähnlichen Erkrankungen, speciell Herpes tonsurans maculosus, zu erwähnen, aus welcher Verwechslung

die widerstreitenden Ansichten herrühren dürften. Man müsse zuerst von der Richtigkeit der jeweiligen Diagnose überzeugt sein, wenn man von Contagiosität bei Haarverlust spreche. Er hatte Gelegenheit, im Mädchenpensionat des Sacré coeur-Klosters in Wien eine junge Dame mit Alop. areata zu beobachten, und fand keine Uebertragung auf ein anderes Mädchen, obwohl er keine Absonderung veranlasste. Das erste Mal, dass er zwei Individuen aus einer Familie gleichzeitig mit Alop. areata behaftet sah, war wenige Tage vor dieser Sitzung im St. Bartholomeus-Hospital in London auf Morrant Baker's Klinik, wo eine Mutter ihre zwei kleinen Söhnchen brachte, die das bekannte Uebel hatten. Kaposi sprach sich dahin aus, dass wohl manchmal, aber bei weitem nicht immer nervöse Zufälle angetroffen werden, und dass man über das ätiologische Moment noch ganz im Unklaren sei. Unna (Hamburg) berichtet über einen Fall von einem 20jährigen jungen Mädchen, bei der nach einem jähen Schreck Hämicranie, epileptiforme Anfälle und endlich universelle Alopecia areata aufgetreten sei, und dass hier, sowie bei einem zweiten Falle eines Knaben die Elektricität gute Dienste geleistet habe, da sich bald nach dem Beginne der Anwendung der elektrischen Bürste ein feiner Flaum entwickelt habe. Schwimmer (Pest) bestätigt diesen Einfluss aus eigener Erfahrung. Thin (London) ist Anhänger der Contagiositäts-Theorie und will das Contagium in Form kleiner biscuitförmiger Bacterien in den Haarwurzeln und zwischen diesen und den Haarwurzelscheiden gefunden haben; auch Dr. Gaskoin (London) glaubt Beweise für die Contagiosität liefern zu können, während sich Simon (Breslau) für die nervöse Natur ausspricht und Allan Jamieson (Edinburgh) auch das gleichzeitige Vorkommen von Morphäa erwähnt und den Befund mittheilt, dass die Alopecia areata stets bei dunkelhaarigen und nie bei blonden Menschen sich entwickle. — Da keine der beiden Parteien entscheidende Argumente vorzubringen vermochte, konnte auch keine Einigung erzielt werden, was bei diesem bis dato etwas räthselhaften Uebel sehr erwünscht gewesen wäre.

Kaposi hatte es unternommen, die Lupus erythematosus-Frage zu behandeln und legte den Schwerpunkt darauf, ob wir es hier mit einer Neubildung oder mit einem Entzündungsprodukte zu thun hätten? Nach detaillirter Darlegung der bekannten klinischen Symptome und histologischen Befunde sprach K. conform mit seinen früheren Anschauungen die Meinung aus, dass der L. erythematosus

ein entzündliches Leiden sei, und legte bei dieser Gelegenheit speciell Gewicht auf die grossen Unterschiede von Lupus vulgaris, zwischen welchen beiden Uebeln gar nichts Gemeinsames sei. Welcher Art ist nun diese Entzündung, erörtert er weiter, welche so rasch zur Vernarbung (Narbenbildung) an der Haut führt? Man muss die Frage zu diesem Behufe in zwei Theile theilen: a) was geht local vor und b) was für entferntere Ursachen mögen zu Grunde liegen. Die erste glaubt er durch die Resultate der histologischen Untersuchungen, die er in Kürze in den wichtigsten Punkten der Versammlung in Erinnerung bringt, genügend beantwortet, bei Beantwortung der zweiten besprach er die Aetiologie der Krankheit und gab zum Schlusse seine Meinung dahin ab, dass L. erythematosus als ein rein locales Uebel beginne und fortbestehe; dass aber in der Form, die er als L. erythematosus acutus beschrieben habe, der ganze Organismus mitleide, aber dass auch in diesen Fällen es nicht nöthig sei, die primäre Ursache, den primären Process in die Nervencentra zu verlegen, oder eine eigene constitutionelle Erkrankung anzunehmen. Er glaubt, dass er bei den Collegen auf keinen Widerspruch stossen werde, wenn er seine alte Eintheilung in zwei Formen des Lupus erythematosus, in L. erythematosus discoides und aggregatus beibehalte, da sie den thatsächlichen Verhältnissen entspreche. Bei der Vorführung der verschiedenen therapeutischen Massnahmen und Eingriffe bespricht er in ähnlicher Weise die differenten in Anwendung gezogenen Medicamente und Operationsmethoden, wie er sie an anderen Orten ausführlich beschrieben hat.

Theodor Veiel (Cannstatt) glaubt vorläufig nicht mehr als folgende Punkte für dieses noch lange nicht erschöpfend gekannte Uebel aufstellen zu können: 1. der Lupus erythematosus ist eine selbstständige Krankheit und nicht blos eine Varietät des Lupus vulgaris. 2. Es besteht keine Beziehung zwischen jenem und der Scrophulose, Tuberculose oder Syphilis. 3. Die Affection der Talg- und Schweissdrüsen ist blos eine zufällige begleitende Erscheinung der Krankheit, deren eigentliche Form die Veränderungen sind, die sich längs der Blutgefässe entwickeln. 4. Es gibt kein innerliches Mittel, welches einen Einfluss auf das Leiden nimmt. 5. Die wirksamste Behandlung ist die mit multiplen Scarificationen und nachheriger Aetzung mit einer Chlorzinklösung.

Der Präsident vertritt Kaposi's Meinung, dass die Krankheit entzündlich sei. Sie beginne nach Aussetzen irritativer Einflüsse, in deren Folge ein Erythem entstehe, das permanent bleibe. Er referirte über den Fall einer Frau, bei der sich während der Gravidität ein Erythem am Gesichte entwickelte, das sich über den Stamm verbreitete und schliesslich sich zu einem Lupus erythematosus umgestaltete. Vidal (Paris) hält den L. erythematosus nicht für inflammatorisch, sondern glaubt, dass er die Mitte halte zwischen Entzündung und Neubildung. (Eigenthümliche Ansicht. Ref.) Man sei im Stande ihn durch Erregung von Entzündung zu heilen, wozu Empl. de Vigo am besten sei. Im Uebrigen empfiehlt er Scarificationen. — Unna (Hamburg) bemerkt sehr richtig, dass die Grenze zwischen Entzündung und Neubildung sich manchmal nur schwer ziehen lasse und hält den Lupus erythematosus für eine Neubildung, bei der aber zu Zeiten, besonders im Beginn der Eruption, zweifellos auch entzündliche Erscheinungen auftreten. — Schwimmer (Pest) theilt Kaposi's Ansicht. — Thin (London) erörtert, dass für ihn besonders die Betonung, dass Lupus erythematosus und L. vulgaris zwei verschiedene Uebel darstellten, von grossem Werthe sei, da man erst seit Kurzem beginne, in seinem Vaterlande diese Ansicht zu vertreten, während er noch vor wenigen Jahren mit seiner schon früher der heutigen gleichen Beurtheilung der Eigenartigkeit beider Uebel noch sehr in der Minorität war.

E. Schwimmer (Pest) regte die Debatte über eine in den Jahren 1877 und 1878 in diesem Archiv veröffentlichte Arbeit über Leukoplakia buccalis durch kurze Resumirung der Ergebnisse seiner Forschung an, indem er begann, dass mit dieser Bezeichnung eine an den Schleimhäuten der Mundhöhle und der Zunge nicht gerade selten zu beobachtende Krankheitsform charakterisirt werden solle, welche als idiopathisches Leiden in Erscheinung tritt, zum Unterschiede von jenen krankhaften Veränderungen an den genannten Schleimhäuten, die als symptomatische Uebel im Gefolge von Syphilis entstehen, und die mit verschiedenen nicht sehr passend gewählten Benennungen, als Ichthyosis, Tylosis, Keratosis und Psoriasis membranae mucosae, belegt werden. Die letzteren Bezeichnungen geben zu vielfachen Irrthümern Anlass, da man idiopathische und symptomatische Formen hiebei nicht streng genug von einander sondert, was wieder diagnostische und therapeutische Irrthümer zur Folge hat.

Die charakteristischen Veränderungen der idiopathischen Affectionen entwickeln sich in Form von rothgefärbten umschriebenen Flecken, welche sowohl auf der Zunge, dem Innenrande der Lippe und der Wangenschleimhaut auftreten können und eine umschriebene Hyperämie darstellen. Die Dauer dieser Veränderung ist eine ungleiche, und kann von einigen Wochen bis zu einigen Monaten anhalten, um sich entweder wieder rückzubilden oder zu weiterer Umwandlung zu entwickeln, wobei statt der rothen Flecke, umschriebene grauliche oder weisse Verfärbungen sich bilden. In einer ähnlichen Weise kommt bei der Syphilis die Schleimhauterkrankung zu Stande, indem aus hyperämischen Bezirken auch weissliche Verfärbungen sich bilden, nur mit dem Unterschiede, dass die Umwandlung des Epithels viel rascher erfolgt, als bei der idiopathischen Erkrankung. Letztere zeigt eine grössere Widerstandsfähigkeit gegen jene Einflüsse, welche auf die kranke Mundschleimhaut nachtheilig einwirken können, und während bei der Syphilis theils spontan, theils durch Behandlung leicht eine Rückbildung der Erkrankung erfolgt, ist dies bei der anderen Form nicht in der Weise zu beobachten, im Gegentheil, die erkrankten Epithelschichten beginnen sich allmälig zu verdicken, und man findet nach und nach auf der Schleimhaut der Zunge und der übrigen Mundhöhle allmälig dicke ins Gewebe reichende Massen, welche der erkrankten Oberfläche ein verdicktes und schartiges Ansehen verleihen. Der ganze Process ist durch Infiltration des Coriums mit bedeutender Zellwucherung in dessen einzelnen Lagen charakterisirt, und dies erklärt auch die grössere Persistenz dieser Plaques und dessen Umwandlungsfähigkeit zu anderen Processen.

Als ätiologisch wichtig ist in solchen Fällen entweder Erkrankung von Seite des Verdauungstractes oder vieles Rauchen und Genuss starken Tabaks zu beschuldigen, die Syphilis selbst kann auch als constitutionelles Moment dienen, indem selbe namentlich die Disposition zu einer derartigen Erkrankung abgibt. Besonders letzterer Umstand macht die Schwierigkeit in der Beurtheilung einzelner Fälle so bedeutend; doch zeigt die Therapie, dass die idiopathischen Processe einer antisyphilitischen Kur eben nicht weichen, sondern in ungeschwächter Stärke fortdauern.

In Betreff der Therapie fand er in erster Linie Vermeidung aller Schädlichkeiten, welche die kranke Schleimhaut noch mehr zu reizen vermögen, insofern von günstiger Einwirkung, als ein Fortschreiten des

Processes hiedurch verhindert werden kann; Pflege und Reinhaltung des Mundes, sowie der Gebrauch alkalischer Mundwässer erscheint von grossem Vortheil. Irritirende Behandlung durch starke Arzneimittel zeigte sich im Allgemeinen nicht günstig, hie und da pflegt eine Lapislösung für kurze Zeit Ruhe zu schaffen, dauernde Heilung sah S. durch dieselbe nie. Desto günstigere Wirkung fand er jedoch durch örtliche Behandlung mit einer $^1/_2$% Sublimat- oder einer 1% Chromsäurelösung und erwähnt, dass er über eine grössere Reihe von Fällen verfüge, wo hiedurch auch anhaltende Besserung erzielt und der Uebergang in die maligne oder krebsartige Form verhütet werden konnte.

Hillairet (Paris) stimmt mit Schwimmer überein und detaillirt in längerem Vortrage alle Symptome, ohne wesentlich Neues zu bringen, nur die Schlussbemerkung war mit seinen Ausführungen nicht in Einklang, dass nämlich bei Syphilitischen die Affection durch Jod zum Schwinden gebracht werden könne. Kaposi wünscht, dass ein wesentlicher Unterschied gemacht werde zwischen jungen und alten Fällen, welche letztere er mit dem Namen Keratosis linguae et mucosae oris bezeichnet habe. Wenn auch meist bei Syphilitischen angetroffen, werden spätere Stadien doch durch eine antisyphilitische Behandlung nicht beeinflusst. Durch fortgesetzte Irritation ist eine Umwandlung in Carcinom möglich. Gelegentlich kommen solche Fälle bei hysterischen Frauen vor: dabei ist stets Hyperästhesie der Zunge vorhanden, deren Epithel abgängig und deren Papillen hypertrophisch sind. Die syphilitischen von nicht syphilitischen Fällen zu differentiiren sei unmöglich, was Vidal bestätigt. Morrant Baker (London) sagt, dass Hulke schon vor langer Zeit die Affection als nicht syphilitisch beschrieben habe. Clement Lukas (London) ist der gleichen Ansicht, wie die Vorredner und citirt einige einschlägige Fälle. Behrend (Berlin), Bulkley (New-York) und schliesslich der Präsident sprechen sich im selben Sinne aus.

Vidal und Hillairet geben hierauf, sich gegenseitig ergänzend, eine Beschreibung jener eigenthümlichen, seltenen Erkrankung, die Köbner unter dem Namen der multiplen beerschwammähnlichen Geschwülste geschildert und die auch Geber zum Gegenstande seiner Untersuchungen gemacht hat. Alibert hatte ihr den Namen Mykosis fungoides, Lichen hypertrophicus gegeben, die beiden französischen Redner nannten sie Lymphadenia Cutis. Sie schilderten den pathol.-anatom. Befund und die klinischen Charaktere des Uebels, dessen

Kenntniss ihrer Meinung zufolge ausserhalb Frankreich nicht genügend sei. Die von Ranvier vorgenommene mikroskopische Untersuchung hat ein Lymphadenom ergeben. Die Tumoren waren manchmal so gross wie Birnen, oder nur so klein wie Erbsen. Anfänglich ist eine Entzündung an der Haut vorhanden, die entweder zur Entwickelung der Tumoren oder zu Gangrän führt, die in der Nähe liegenden Lymphdrüsen werden hart. Es kommt vor, dass die sich entwickelnden Geschwülste in ein bis zwei Tagen wieder schwinden und dann neuerdings auftreten. Sie kommen nicht nur auf dem äusseren Integument vor, sondern auch an den Tonsillen und in der Mundhöhle. In sie hinein, sowie auch in das Gehirn kommen Blutergüsse vor. Bezüglich der Aetiologie muss erwähnt werden, dass eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen erst in späteren Stadien der Cachexie, dagegen nie im Anfange vorkomme. Kaposi erwähnt, dass auch Duhring solche Fälle als Sarcoma cutis multiplex beschrieben habe. O. Simon (Breslau) glaubt die Krankheit werde durch oberflächliche Irritation hervorgerufen und empfiehlt die Anwendung von Pyrogallussäure. Der Präsident nannte die Krankheit Eczema tuberculatum und hält die Tumoren für Adenoide.

Von besonderem Interesse war die Debatte über Prurigo, welche Morrant Baker (London) einleitete. Bekanntlich behaupteten die Engländer, dass es bei ihnen keine Prurigo gebe, es musste daher vor allem Erstaunen erregen, dass Baker, der Heretiker, wie ihn Wilson deshalb nannte, im Widerspruche mit der alten Anschauung über Prurigo zu sprechen angekündigt hatte und solche Fälle vorzuzeigen versprach. Die von ihm theils im Spital, theils im Museum demonstrirten Kranken waren auch in der That Pruriginöse und damit war die Frage erledigt. In der Sectionssitzung besprach er die Angelegenheit mehr seiner Landsleute wegen. Er zog ihre Aufmerksamkeit auf das häufige Vorkommen dieser Krankheit in England, die aber meist als Eczem diagnosticirt werde, mit welchem sie eine auffallende Aehnlichkeit besitze, welche aber ihre eigenen Charaktere besitze. Er ist der Meinung, dass deshalb Prurigo oft übersehen werde, weil die Symptome der Prurigo durch die des Eczems verdeckt werden, welches besonders bei Kindern und oft in schwerer Form anwesend sei. Er glaubt, dass wenn man stets die richtige Diagnose machen werde, die Prurigo sich in England als ebenso häufig herausstellen werde, wie in anderen Ländern.

Liveing (London) stimmt mit Baker überein und sagt, dass er schon vor 6 Jahren Fälle von „wahrer" Prurigo veröffentlicht habe, deren Anfangsstadium oft ein Lichen urticatus sei. Malcolm Morris (London) ist der Ansicht, dass das Uebel zu einer gewissen Zeit spontan und total ablaufe, da er es nie nach dem 20. Lebensjahre beobachtet habe (was mit den Ansichten der Wiener Schule in strictem Widerspruch steht). Kaposi stimmt mit Baker bezüglich der Diagnose der vorgestellten Fälle überein und gibt die Gründe für die Richtigkeit derselben an, indem er die wichtigsten Symptome in Kürze recapitulirt.

Ref. selbst gab seiner Verwunderung Ausdruck, dass eine Debatte über Prurigo nöthig sei und Zweifel in ihre Existenz gesetzt werden könne in London, von wo aus doch durch Willan zuerst die Beschreibung der Prurigo erfolgt sei. Man habe aber bisher nur das vorhandene Eczem berücksichtigt, welches doch nur eine Theilerscheinung sei und gerade so auch bei anderen juckenden Hautaffectionen, z. B. Scabies vorkomme — statt die Krankheit als Ganzes zu nehmen. Das Wesen der Prurigo sei eine uns noch unbekannte Ursache für fortdauerndes heftiges Jucken, das sich immer an bestimmten Localitäten einstelle. Früher hat man die an den Krankheiten der Extremitäten vorkommenden Knötchen für die Juckenerreger gehalten, Auspitz aber hat in neuerer Zeit demonstrirt, dass die Knötchen schon ein Produkt der durch Kratzen hervorgerufenen Entzündung und Zellenanhäufung seien. Als primären Affect sieht er eine mit Krampfcontractur der Arrectores pil. combinirte Idioneurose, eine gewisse Jucken erzeugende Diathese an, womit sich Redner vollständig einverstanden erklärte. Die Behandlung müsse eine allgemeine, roborirende und locale sein und in den ersten Lebensjahren beginnen, wenn man günstige und andauernde Resultate erzielen wolle. Schwefelbäder seien zwar nicht das einzige, aber sicher das wirksamste Medicament.

Dr. Walter Smith (Dublin) hat die Prurigo in Irland oft angetroffen und behandelt sie mit Pilocarpin und Dampfbädern. Der Präsident erklärt trotz der Demonstrationen und Deductionen bei seiner alten Ansicht verharren zu müssen, indem er diese Fälle als chronische Eczeme auffasst und gibt an, dass sie alle auf Behandlung mit Zinkoxydsalbe und Arsenik (interne) heilen sollen. Dr. Bulkley (New-York) hat in Amerika zwar Fälle von Prurigo gesehen, sie waren aber nie so entwickelt, wie die, die er in Wien

beobachten konnte. Auch Unna constatirt dasselbe von Hamburg. O. Simon (Breslau) sagt, dass in Berlin und Breslau die Prurigo in derselben Weise wie in Wien getroffen werde. Er rühmte das Pilocarpin, in Folge dessen Anwendung in einigen Fällen kein Recidiv mehr aufgetreten sein sollte.

Zum Schluss bedauerte Morrant Baker, dass er sich in Meinungsverschiedenheit mit seinem verehrten Lehrer Wilson befinde, gibt aber gleichzeitig der Befriedigung Ausdruck, die ihm die Uebereinstimmung seiner Collegen mit seiner Ansicht bereite.

Hierauf stellte Walter G. Smith (Dublin) einen eigenthümlichen Fall von Entwicklung von Larven einer Dipterengattung der Versammlung vor und gab folgenden kurzen Bericht: Bei einem 12 Jahre alten Mädchen wurde 3 Monate, ehe sie sich dem Verf. vorstellte, von einem Arzte eine eiförmige Anschwellung am rechten äusseren Knöchel mit Schmerzempfindung und Beschwerden beim Gehen constatirt. Die Schwellung wanderte allmälig am Bein aufwärts, nach der rechten Achsel, dann nach dem Ellbogen und zuletzt nach dem Nacken. Hier entwickelte sich auf ihr ein kleiner schwarzer Punkt, der sich öffnete. Durch Druck entleerte sich aus dieser Oeffnung mit schlechtem Eiter eine weisse etwa 1 Zoll lange Larve. Diese Anschwellungen mit schliesslicher Entleerung des Thieres wiederholten sich mehrere Male. Die Larve gehört, nach einem Urtheil von competenter Seite, einer Dipterengattung an, doch liess sich das Genus nicht genau bestimmen. Die Existenz eines dem Menschen eigenthümlichen Oestrus (hominis) lässt sich nicht beweisen.

Alfred Sangster (Cambridge) stellte einen Fall von supponirten neurotischen Excoriationen vor. Der Fall wurde in verschiedenen Zwischenräumen während 3 Jahren beobachtet. Schmerzhafte erythematöse Flecken gefolgt von Exsudation von seröser oder serös-eitriger Flüssigkeit an ihrer Oberfläche. Jeder Flecken ist von Desquamation gefolgt und vollendet seinen Cyklus in 10—14 Tagen. Keine Vesikel oder Substanzverluste. Längster freier Zwischenraum 3 Monate.

Als der Fall das erste Mal sich vorstellte, wurde er als abortiver Herpes aufgefasst und in „The Clinical Society's Transactions" beschrieben. Der spätere Verlauf zeigte jedoch, dass die Eruption (wenn sie primitiv war) ein Beispiel von Wilson's „neurotischer Excoriation" war. Der Fall war zweimal unter genauer Beobachtung im

Charing Cross Hospital von vielen Londoner Hautärzten gesehen worden. Nachdem Wilson selbst aber erklärte, dass die Affection nicht zu denen gezählt werden dürfe, die er als „neuritische Excoriation" beschrieb und von Seite der Dr. Thin und Dr. Liveing Zweifel in die Spontaneität des Auftretens der Efflorescenzen gesetzt wurde, beide vielmehr Artefacta von Seite der Patientin vermutheten, glauben wir nicht weiter über die sich daran knüpfende längere Debatte referiren zu sollen.

Kritisches und Historisches über die Lehre von der Schweisssecretion. Unna (Hamburg). Trotzdem die neuen physiologischen Forschungen die Nervenbahnen für die Schweisserregung festgestellt und die Unabhängigkeit circulatorischer und sudoraler Phänomene erwiesen haben, sind die uralten Räthsel des „kalten Schweisses" und der „trockenen Hitze" noch ebenso dunkel im Einzelfalle wie früher. Diese Unfruchtbarkeit einer einseitig durchgeführten Nerventheorie führt zu einer Kritik der bisherigen Grundlagen der Lehre von der Schweisssecretion. Es ist zunächst weder durch physiologische noch pathologische Erscheinungen bewiesen, dass der aus den Schweissporen sich ergiessende Schweiss allein aus den Knäueldrüsen stammt, noch harmonirt diese Auffassung mit allen sonstigen, besonders vergleichend anatomischen Thatsachen, wie dies Meissner schon 1856 nachwies. Niemand hat bisher bestreiten können, dass eine ununterbrochene, histologische Kette von den gewöhnlichen Schweissdrüsen zu den After-, Achsel- und Ohrenschmalzdrüsen hinleitet, und dass wie die letzten continuirlich, so die ersteren temporär in den Ausführungsgängen ein schleimiges, fettiges oder pigmentirtes Secret enthalten. Der wässrige Schweiss dagegen, welchen noch Niemand vom Fundus der Drüse bis an den äusseren Porus verfolgt hat, ist zum grossen Theil den Gefässen des Papillarkörpers und vielleicht auch des Ausführungsganges zuzuschreiben, deren erstere für ihr Transsudat innerhalb der Stachelschicht einen immer freien Abzugskanal in dem Schweissdrüsenausführungsgange besitzen. Der fertige Schweiss ist demgemäss ein aus verschiedenen Quellen stammendes Gemisch, dessen Reaction je nach seiner Zusammensetzung wechselt (Tourton gegen Trümpy und Luchsinger). Die Nervenphysiologie hat nur die Unabhängigkeit der Schweisssecretion von Blutdruck und Blutgeschwindigkeit, nicht von der Blutcirculation überhaupt

dargethan, und jene Auffassung ist zu verwerfen, welche die Epithelien der Knäuel auf blossen Nervenreiz wässrigen Schweiss andauernd erzeugen lässt. Eine vasomotorisch-musculomotorische Hypothese erklärt am besten, indem sie die Mithilfe der inneren Schweissdrüsenmuskeln beansprucht, die merkwürdigen Nüancen des fettigen, klebrigen und pigmenthaltigen Schweisses und besonders auch das Phänomen des „kalten Schweisses". Die „trockene Hitze" dagegen, die hauptsächlich in fieberhaften Allgemeinerkrankungen und gewissen Hautkrankheiten beobachtet wird, erfordert andere, ausserhalb des Nervensystems zu suchende Factoren, unter welchen die Wärmeausdehnung der Hornschicht die grösste Berücksichtigung verdient, da durch sie der spaltförmige Schlitz des Kanals im Stratum lucidum verschlossen wird. So kommen wir zu einer vielseitigen Auffassung der Schweisssecretion, zu der Behauptung einer Arbeitstheilung verschiedener schweissliefernder Organe. Diese Auffassung ist auch geeignet, auf gewisse Krankheiten der Haut ein neues Licht zu werfen.

O. Simon (Breslau) erwiederte auf diese Ausführungen Unna's dass er Versuche über den Einfluss der Nerven auf die Talgsecretion mit positivem Resultate gemacht habe und dass solche von Ludwig für die Ente vorliegen. Bei genauerer Untersuchung der Haut in Fällen von Seborrhoë kann man die Feuchtigkeit aus den Talgdrüsen hervorquellen sehen. Wir selbst sahen uns veranlasst zu bemerken, dass entsprechend dem anatomischen Befunde bei der Anwesenheit von zahlreichen Talgdrüsen an der behaarten Kopfhaut auch dort sich häufig Seborrhoë einstelle, während bei Hypersecretion der Schweissdrüsen an Flachhand und Fusssohle stets ein ganz wässeriges Secret zu Tage trete, das Umgekehrte aber nie der Fall sei, woraus man doch schliessen dürfe, dass die alten Ansichten die richtigen seien.

Unna erwiederte, dass wohl für die Schweissdrüsen, aber noch nie für die Talgdrüsen eigene secretorische Nerven entdeckt worden seien und dass an der Nase die Schweissdrüsen in die Ausführungsgänge der Talgdrüsen einmünden.

Herbert Stowers (London) stellt noch einen Fall von diffusem Hautsklerem (Sclérème des adultes Thirial) vor, der bei einer 47jährigen Frau vorgekommen war, und schliesslich noch Thin (London) einen Fall von congenitaler abnormer Entwicklung des Kopfhaares. Das Kind ist 4 Jahre alt und soll seit seiner

Geburt nie längeres, als 1 Zoll langes Haar haben, da es in dieser Länge abbricht. Das Haar selbst ist steif und rauh, ähnlich den Borsten eines Schweines.

Kaposi, der zwei gleiche Fälle zu sehen Gelegenheit hatte, hält die Affection für eine Art Lichen pilaris. Unna (Hamburg), Liveing (London) und Bulkley (New-York) erwähnen je einen Fall eigener Beobachtung und wissen keine Erklärung für das Phänomen zu geben.

Nachdem der Präsident noch eine kurze therapeutische Skizze des Eczems vorgetragen, wurde ihm von verschiedenen Seiten der wärmste Dank für seine Mühewaltung ausgesprochen, in welchen successive alle Mitglieder des Comités einbezogen wurden.

Hebra.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Syphilis.

1. **Finger.** Ueber Cystitis und Pyelitis blennorrhagica. (Wiener medic. Presse 1880, Nr. 30—33.)
2. **Campana.** Ulcus phagedaeno-gangraenosum. (Giorn. ital. della mal. ven. etc. 1880, 2. Heft.)
3. **Leloir.** Ueber die Zerstörung des Schankers als Abortivmethode der Syphilis-Behandlung. (Ann. de Derm. et Syph. II. Bd. 1881. 2. Heft.)
4. **Mauriac.** Ueber die Excision des syphilitischen Schankers. (Gaz. des Hôp. Nr. 7, 10, 14. 1881.)
5. **Mauriac.** Excision eines syphilitischen Schankers von 48stündigem Bestande. (Ann. de Derm. et Syphil. II. Bd. 1881. 3. Heft.)
6. **Der Anonymus des Parasitats.** (Diday in Lyon.) Note über die Resultate der Schanker-Excision. (Lyon médical, Februar 1881. Nr. 27.)
7. **Gibier (de Savigny).** Zwei Excisionen syphilitischer Schanker. (Union médicale. 1881. Nr. 45.)
8. **Jullien.** Ueber denselben Gegenstand. (Bericht vom siebenten internationalen med. Congress in London 1881.)

Cystitis und Pyelitis sind nach Finger (**1**) häufige Complicationen der Blennorrhöe der Urethralschleimhaut, denn bei 368 an Tripper auf der Klinik v. Sigmund's in einem Jahre (April 1879 bis März 1880) behandelten Männern fand sich 49mal Cystitis (13,3 %) und 9mal Pyelitis (2,4 %) vor. 127 zur selben Zeit behandelte, an Urethralblennorrhöe erkrankte Weiber boten 19mal Cystitis (14,9 %) und 3mal Pyelitis (2,3 %). Die Erkrankungen der Blase und Niere geschehen durch Fortsetzung des Processes von der Urethralschleimhaut auf die der Blase

und Niere. Ursachen dieser Ausbreitung des Processes sind zunächst eine Reihe äusserer Schädlichkeiten, Excesse in Baccho et Venere, anstrengende Bewegung, schädliche Medicamente, Katheterisiren, Injectionen u. s. w.

Meist werden nur marastische, cachectische Individuen von diesen Complicationen befallen. Von den 58 von den genannten Complicationen befallenen Männern erkrankten 42 erst nach mehrwöchentlichem Spitalsaufenthalte und bei allen liessen sich schwere constitutionelle Erkrankungen: Tuberculose, constitutionelle Syphilis, Scrophulose, Anämie, Intermittenscachexie, Herzklappenkrankheiten etc. constatiren. Verf. schliesst daraus, dass jene Erkrankungen mit der Fortsetzung der Entzündung auf Blase und Niere in gewissem Causalnexus stehen, dass in einem nicht normal reagirenden Organismus die Blennorrhöe die Fähigkeit habe, sich spontan wegen Mangel genügender Widerstände zu verbreiten.

Zum Studium der pathologisch-anatomischen Veränderungen der erkrankten Blase verwendete Verf. in mehreren Fällen das Nitze-Leiter'sche Cystoskop, und lehrten ihn diese Untersuchungen insbesondere, dass die Cystitis blennorrhagica nur ausnahmsweise die ganze Blase befällt, sondern sich mit Vorliebe an den follikelreichen Partien (Hyrtl, Kölliker), Blasenhals und Blasengrund localisirt und sich hier durch theils dendritische, theils fleckige Röthung, Schwellung der Blasenschleimhaut, Abstossung des Epithels charakterisirt. Jene Eigenschaft der Cystitis blennorrhagica gibt sich symptomatisch auch dadurch kund, dass in jenen Fällen, wo der Blasenhals erkrankt ist, die Patienten im Stehen über sehr bedeutenden Harndrang klagen, der im Liegen sofort abnimmt, während das gerade Umgekehrte in jenen Fällen stattfindet, wo nur der Blasengrund betroffen ist, was damit zusammenhängt, dass ein sehr frequenter Harndrang eben dadurch hervorgerufen wird, dass sich der Harn über den entzündeten Schleimhautpartien unmittelbar ansammelt, dieses aber geschieht im Stehen über dem Blasenhals, im Liegen über dem Grund der Blase. Im Uebrigen differiren objective und subjective Symptome nicht wesentlich von denen einer anderen Cystitis und Pyelitis catarrhalis. Letztere kann insbesondere meist nur dann mit Sicherheit diagnosticirt werden, wenn eine Mitbetheiligung der Niere selbst, eine Pyelonephritis catarrhalis sich entwickelt hat, wo dann eben Cylinder und Nierenepithel deutlich für die Mitaffection der Niere sprechen, während die

Pyelitis catarrhalis, insbesondere wenn sie, wie es hier meist der Fall ist, mit Cystitis combinirt ist, kein ihr allein zukommendes sicheres Symptom darbietet. Sowohl Cystitis als Pyelitis entstehen durch directe Fortsetzung des Processes und entwickeln sich daher auch erst dann, wenn der blennorrhagische Process die hintersten Partien der Urethra erreicht hat, also nie vor Ende der dritten Woche.

Was die Therapie betrifft, so empfiehlt Verf. für leichtere Fälle Copaivbalsam, Terpenthin, Aqua picea, für schwerere Fälle hat Kali chloricum nach Edlefsen's Verschreibung (Kali chlorici 5,0, Aqua destill. 100,0, Aqua laurocer. 3,0. S. Für einen Tag) stets wesentlichen Erfolg gehabt, ohne auch nur in einem Falle von schlimmen Folgen begleitet gewesen zu sein. Ueberall da, wo man es mit cachektischen Individuen zu thun hat, muss aber auf Roborirung des Organismus ein Hauptgewicht gelegt werden.

Die genaue klinische Beobachtung eines Falles von Ulcus phagedaenicum des Präputiums, welches durch Vernachlässigung gangränös wurde, gibt Campana (**2**) Veranlassung zu folgenden Conclusionen, zu denen er überdies durch die mikroskopische Untersuchung des excidirten nekrotischen Stückes geführt wird: 1. Beim Ulcus phagedaenicum ist eine doppelte Ursache zu unterscheiden, eine locale und eine allgemeine; 2. die allgemeine Ursache ist verschieden, sie kann unter Umständen eine acute, fieberhafte, infectiöse Erkrankung sein, die oft für eine Folge der phagedaeno-gangränösen Affection gehalten und damit verwechselt wird, deren Einfluss auf den localen Process wahrscheinlich von einer functionellen Modification der Blut- und Lymphgefässe herrührt, die sie zur Stase und Nekrose disponirt; 3. der helcogene Reiz (das inoculable Virus, das ein Ulcus molle hervorruft) findet in diesen Stasen Thrombosen, Phlebitiden und Arteriitiden Veranlassung zur veränderten Ernährungsfähigkeit der von ihm ergriffenen Gewebe; daher die moleculäre Nekrose vieler Elemente; 4. der Serpiginismus ist Folge der Venen- und Arterienentzündung, aber nicht der Autoinoculabilität der Produkte; 5. die Behandlung muss gegen die locale und allgemeine Ursache gerichtet sein. Kälte und antiseptische Behandlung sind in jenen Fällen indicirt, in welchen die Entzündung eine sehr heftige ist.

Wir haben über jene Publicationen, welche die Excision der Initialsclerose betreffen, zuletzt im vorigen Jahrgange dieser Zeit-

schrift pag. 395 u. ff. berichtet. Daran schliessen wir nun die weitere Mittheilung der seither bekannt gewordenen Arbeiten über denselben Gegenstand.

Hieher gehört zunächst eine zusammenfassende Darstellung des Gegenstandes von Leloir (**3**), welche wir aus dem Grunde hier nicht ausführlicher wiedergaben, weil sie keine eigenen Experimente, sondern theils historisches Material zur Frage, theils kritische Erörterung der früheren Publicationen enthält. Man dürfte um so mehr berechtigt sein, diesem letzteren Theile der Arbeit ein geringeres Gewicht beizulegen, da auch die historische Darstellung des Verf. mancherlei Ungenauigkeiten enthält. Gewiss beruht die stets wiederkehrende Verwechslung von „Hunter“ mit „Hüter“ auf einer Serie von Druckfehlern; — aber der Satz „dass Ricord im Jahre 1867 seine unsterbliche Theorie der Dualität des Schankergiftes veröffentlicht habe“ (p. 78), während bekanntlich Bassereau 1852, Clerc 1855 ihre den Dualismus des Schankergiftes in die Wissenschaft einführenden Beobachtungen publicirt haben, erscheint doch ein wenig bedenklich. (A.)

Mauriac hat (**4** und **5**) acht Excisionen von Schankern vorgenommen:

1. Fall. Excision eines Schankers, der angeblich am vierten Tage nach dem Auftreten und 14 Tage nach dem letzten Coitus schon deutlich hart war, jedoch keine Schwellung der Inguinaldrüsen nach sich gezogen hatte. Sofortige Excision an demselben Tage. Induration der Narbe. Secundäre Erscheinungen nach etwa 40 Tagen.

2. Fall. Excision angeblich 10 Tage nach dem Auftreten der Erosion. Adenopathie. Verhärtung der Narbe. Allgemeine Erscheinungen, die innerhalb der nächsten 4 Wochen nach der Excision schon vollständig entwickelt waren (selbst nächtliche Kopfschmerzen!).

3. Fall. Excision am 9. Tage, Induration der Narbe und der inguinalen Lymphdrüsen sowie des Gefässstranges am Rücken des Gliedes. Allgemeine Erscheinungen schon 16—17 Tage nach der Operation.

4. Fall. Excision am 16. oder 17. Tage. Ohne Erfolg.

5. Fall. Circumcision am 20. Tage des Bestandes der Initialläsion bei starker Leistendrüsenanschwellung, welche erstere anfangs in Form dreier weicher Erosionen erschienen war, aus denen sich eine grosse Ulceration mit harter Basis am Limbus entwickelt hatte. Nach

3 Monaten erst sah der Verf. den Kranken wieder; Wundnarbe nicht verhärtet, aber Roseola im Schwinden.

6. Fall. Excision am 10. Tage des Bestandes des Schankers. Adenopathie. 37 Tage später trat der Kranke mit schon entwickelten Papeln und Plaques in das Spital. Local war keine Veränderung an der Narbe aufgetreten.

7. Fall. Excision 50 Stunden nach dem Auftreten der papulösen Primäraffection ohne Drüsenschwellungen. 17 Tage später Induration der Narbe, später papulöses Syphilid.

Auf Grund dieser sieben Excisionen spricht sich der Verf. zum Schluss seiner Abhandlung gegen die prophylaktische Wirksamkeit der Excision und für die alte Annahme aus, die Initialsclerose sei nur die Folge der schon stattgefundenen Allgemeinvergiftung. Ausdrücklich läugnet der Verf. überdies, dass die Operation im Stande sei, die Folgeerscheinungen auch nur zu mildern.

Der 8. Fall, welchen derselbe Verfasser später und ganz isolirt von den anderen mittheilt (5), betrifft einen Mediziner, der sich am 31. März mit zwei kleinen, ziemlich weichen, erodirten Papeln an der Schleimhaut des Präputiums ohne Drüsenschwellung vorstellte, welche angeblich erst 48 Stunden alt waren. Letzter Coitus (mit einer syphilitischen Frau) vor etwas mehr als 4 Wochen. Excision. Die eine Papel konnte leicht ganz entfernt werden, die andere nur mit Einschneiden einer Vene, welche tamponirt wurde. Vier Tage nach der Excision trat Balanoposthitis und Phimosis auf. Als der Kranke nach 10 oder 12 Tagen die Vorhaut zurückzog, constatirte er, dass sich neben der einen Excisionswunde eine grosse hervorragende Erosion gebildet habe. Am 1. Juni (also 2 Monate nach der Excision) 4 bis 5 Plaques in der Präputialfurche, 8 Tage später zeigte sich die eine Narbe indurirt. Beiderseitige Leistendrüsenschwellung. Später Angina mit Plaques an den Gaumenbogen. Sonst bisher keine weiteren Erscheinungen.

Der Verf. schliesst aus diesem Falle, dass die Operation die consecutiven Zufälle retardirt und überdies begrenzt habe („circonscrits et empêchés de se généraliser et d'envahir de larges surfaces“).

Die Beweiskraft obiger Fälle scheint dem Referenten eine sehr geringe, schon darum, weil negative Erfolge niemals gegen positive andere irgend eine Berechtigung haben und dann wegen der fast durchgängig sehr spät stattgehabten Vornahme der Operation, so dass die letztere

nur durch kurze Zeiträume von dem Auftreten der Secundär-Symptome getrennt war. Nur der 1., 7. und 8. Fall machen davon eine Ausnahme.

Schwer zu erklären ist der Widerspruch, in welchen sich bei Besprechung der ersten sieben und des 8. Falles (die ersten sieben Fälle wurden im Jänner und Februar, der achte im Juli dieses Jahres publicirt), der Verf. verwickelte. Aus den ersten schliesst der Verf. nämlich, dass niemals auch nur eine Milderung der allgemeinen Symptome resultire — aus dem einzigen achten das gerade Gegentheil, wie oben erwähnt wurde. Die Beweiskraft, welche gerade dem 8. Falle in dieser Richtung innewohnen soll, scheint übrigens vom Verf. ein wenig überschätzt worden zu sein.

Diday, einer der ältesten Vorkämpfer des Dualismus, nimmt unter einem durchsichtigen Pseudonym (**6**) gleichfalls in der Frage der Schanker-Excision das Wort, nicht etwa um seinerseits über Versuche zu berichten, sondern um gegen die Art zu polemisiren, in welcher von verschiedenen Seiten gegen die gelungenen Excisionsversuche, ihre Zuverlässigkeit und Beweiskraft zu Felde gezogen worden ist. Der Verf. führt mit feiner aber ätzender Satyre die insbesondere den Krankengeschichten des Ref. gegenüber gemachten Einwände ad absurdum und stellt sich auf den Standpunkt des Experimentators ohne Rücksicht auf theoretische Voreingenommenheit, ohne jedoch seine Stellung als Dualist aufzugeben. Er ist geneigt, die parasitäre Natur des Syphilisgiftes und die Art des Fortschreitens des „Syphiloben“ (so nennt er den Syphilis-Pilz) von der Eingangsstelle aus mit beständiger Bildung von Nestern und Fortentwicklung des Parasiten analog den Vorgängen bei anderen parasitären Erkrankungen zuzugeben. Die Excision unterdrücke nun eine Legion dieser kleinen Feinde und damit zugleich, wenn sie noch nicht weit über die nächste Umgebung des Schankers hinaus gelangt sind, die ganze Krankheitsursache.

Gibier hat (**7**) auf Horteloup's Abtheilung im Hôpital du Midi zwei Excisionen vorgenommen und über dieselben in der Société clinique berichtet. Die erste betraf einen Schanker angeblich 48 Stunden nach seinem Debut bevor noch Induration (! A.) und Adenopathie aufgetreten waren, — ohne die secundären Symptome zu hindern; die zweite einen harten Schanker, angeblich 7 Tage nach dem Auftreten

vor der Entwicklung von Drüsenschwellung, ebenfalls mit ungünstigem Erfolge.

(Fast alle französischen Berichte über Excisionsversuche legen das grösste Gewicht auf jene Fälle von ungünstigem Erfolge, bei welchen die Excision sehr früh, ja vor der völlig constatirten Induration gemacht worden war und halten durch diese Fälle die Nutzlosigkeit der Excision für erwiesen. Ref. erlaubt sich hier zu erinnern, dass er in seiner ersten Arbeit über die Excision von 33 Schankern [diese Vierteljahresschr. 1876] direct auf die Unzuverlässigkeit der Angaben in Bezug auf die Dauer der ersten Incubation und insbesondere auf die sehr variabeln Verhältnisse des Eintretens der Härte bei schon vorhandener Schankerbildung aufmerksam gemacht und sich keineswegs den Schluss erlaubt hat [der auch factisch aus seinen Versuchen nicht resultirte], dass die Frühzeitigkeit der Operationsvornahme mit der Günstigkeit der Excisionserfolge in geradem Verhältnisse stehe. Diese Umstände zu klären, bedarf es noch weiterer Studien — vorläufig registrire man noch die Experimente ohne Voreingenommenheit. A.)

Endlich hat Jullien (8) in einer Sitzung des diesjährigen internationalen Congresses in London demselben ein Referat über von ihm angestellte Excisionsversuche und deren Einfluss auf das Einleiten allgemeiner Syphilis oder deren Verhütung vorgelegt. Er ist dabei zu folgenden Schlüssen gelangt: 1. Die Excision verursacht keine localen Störungen; die Wunde heilt vielleicht etwas langsam. 2. Unter gewissen Umständen unterdrückt die Excision alle Folgeerscheinungen. 3. In Fällen, bei denen das vollkommen günstige Resultat nicht eintrat, war die Operation doch noch vortheilhaft, weil die darauffolgende Allgemeinerkrankung milder verlief und sich langsamer entwickelte.

(Da uns vorläufig weder das Sitzungsprotokoll der Section, noch die Arbeit des Verf. vorliegen, müssen wir uns für jetzt mit dieser kurzen Anzeige begnügen, welche wir demnächst durch directe Mittheilungen des Verf. zu ergänzen hoffen. A.)

9. **Frank.** Ein Fall von Lungensyphilis. (Wien. med. Presse Nr. 38. 1880.)

10. **v. Cube.** Derselbe Gegenstand. (Virchow's Arch. LXXXII. 3. p. 516. 1880.)

11. Rosner. Ueber Lungensyphilis vom Standpunkte der klinischen Beobachtung. (Przegląd Lekarski, 1881.)

Frank schildert (9) den Krankheitsfall einer 30 J. alten Frau, die dyspnoisch war und dem Ersticken nahe schien. Die Sputa waren eitrig und blutig tingirt. Die Kranke war aphonisch. Die Anamnese ergab, dass die Kranke bis vor einigen Wochen immer gesund gewesen war. Zweimal verheirathet, hatte sie 4 Kinder geboren, von denen das erste in Folge schwerer Geburt, das letzte an Darmkatarrh starb, während die anderen beiden Kinder vollkommen gesund und kräftig sind. Der Vater der Kranken war nahezu 70 J. alt, die Mutter soll im Alter von 53 J. angeblich an Lungenentzündung gestorben sein. Die Kr. hatte 11 Geschwister, von denen das eine im Alter von 3 J. starb, während die anderen gesund sind; in der Familie ist Lungenschwindsucht nicht vorgekommen. Bei der Untersuchung zeigte sich die Kr. sehr abgemagert, die Gesichtsfarbe schmutzig gelb, an beiden Mundwinkeln, der ganzen Mundschleimhaut und an den Tonsillen fanden sich exulcerirte Papeln; die Halsdrüsen waren angeschwollen, der Thorax zeigte sich gut gebaut und gewölbt, die Haut war fahl und schlaff, ohne Ausschläge; die Percussion ergab an beiden Lungenspitzen Dämpfung, rechts etwas stärker; das Athmungsgeräusch war daselbst theils schwach bronchial, theils unbestimmt, Rasselgeräusche vorwiegend rechts; die Temperatur war erhöht, der Puls beschleunigt. Die Kr. befand sich im 7. Monate der Schwangerschaft, Fruchtbewegungen waren deutlich zu fühlen. Die letzten drei Nächte hatte die Kr. nicht im Bette zugebracht, da sie weder liegen noch schlafen konnte, besonders klagte sie über heftige Schmerzen des ganzen Kopfes; seit mehreren Tagen konnte sie nur flüssige Nahrung, und auch diese wegen grosser Schmerzhaftigkeit beim Schlingen nur mit grosser Mühe zu sich nehmen. Die Behandlung hatte bisher in Anwendung von Chinin und Narcoticis und in verschiedenen anderen Medicamenten, auch Jodkalium, ohne jeden Erfolg bestanden. Von einem früheren Arzte war Syphilis diagnosticirt worden, angeblich durch Vermittelung eines Abtrittes übertragen. Sowohl die Anamnese, als auch das gleichzeitige Vorkommen der Lungenaffection mit Lues im Schlunde und Kehlkopf, ebenso das gesammte Krankheitsbild liess F. vermuthen, dass es sich hier um Lungensyphilis handle.

Es wurden deshalb bei Hinweglassung jeder anderen Behandlung 10 Grm. graue Salbe auf fünf Tage verordnet, also jeden Tag 2 Grm. Salbe eingerieben. Der Erfolg war ein glänzender. Schon nach 3 Tagen trat zum ersten Male während der Nacht Schlaf ein, die Athembeschwerden schwanden, der Auswurf verminderte sich allmälig, das Schlingen wurde schmerzlos, die Heiserkeit verlor sich, die Mundhöhle reinigte sich, das Aussehen wurde besser und sehr guter Appetit stellte sich ein. Nach 18 Einreibungen fühlte sich die Kr. wieder ganz wohl; die Einreibungen wurden ausgesetzt und für die nächste Zeit wurde nur noch Syr. ferri jodati gegeben. Die Zähne waren etwas locker geworden. — Nach 9 Wochen gebar die Frau ein kräftiges, anscheinend gesundes Kind, zu welchem F. in der 6. Woche nach der Geburt gerufen wurde, weil sich auf der Haut einige verdächtige Excoriationen und Geschwüre entwickelt hatten, welche jedoch bald heilten. Die Mutter stillte das Kind selbst und sah ausserordentlich blühend aus.

Nach Verlauf eines Jahres waren alle deutlichen Zeichen einer hereditären Syphilis bei dem Kinde ausgeprägt; es litt an einer eitrigen Periostitis am Brustbein; auf der Haut, an der Nase, im Munde fanden sich überall Zeichen der Syphilis. Das Kind, welches von der Mutter 1 Jahr lang gestillt worden war, hatte noch keine Zähne und war überhaupt in seiner Entwicklung zurückgeblieben. Nochmalige Nachfragen ergaben, dass der zweite Gatte dieser Frau und Mutter eines syphilitischen Kindes nach Mittheilung des früher behandelnden Arztes an Syphilis behandelt worden sei. Als noch nicht völlig geheilt sei der Kranke aus der Behandlung getreten. Der blühend aussehende Mann, bei dem sich noch die Spuren der Syphilis fanden, gab seine syphilitische Ansteckung zu.

In einem anderen von v. Cube mitgetheilten Falle von Lungensyphilis (**10**) war der 34 J. alte Kranke wegen eines Lungen- und Kehlkopfleidens zur Kur nach Mentone geschickt worden, wo v. C. ihn am 10. Dec. 1879 zum ersten Male sah.

Patient war das jüngste von 11 Kindern, von denen 6 in frühester Jugend starben. Seit der Studentenzeit litt er an chronischem Bronchialkatarrh und gleicher Affection des Kehlkopfs. Vor zwei Jahren trat eine Verschlimmerung des Katarrhs mit Aphonie ein. Nach mehrmonatlicher Behandlung des Kehlkopfes mit Alauneinblasungen

kehrte die Stimme wieder, sie blieb aber rauh und ermüdete leicht beim Sprechen. Im Sommer 1878 wurden Husten und Kehlkopfleiden wieder schlimmer, es trat faulig riechender Auswurf ein, und Fieber hinzu. Im Juli desselben Jahres wurden unter krampfhaftem Husten und bei hohem Fieber erbsen- bis bohnengrosse Stücke expectorirt. Die Brusterscheinungen und das Kehlkopfleiden nahmen zu, weshalb eine klimatische Kur verordnet wurde.

Pat. zeigte einen sehr kräftig entwickelten Körper. Am Nacken und Halse waren einige Drüsen geschwollen. Es war etwas Mund- und Rachenkatarrh vorhanden; an der hinteren Pharynxwand waren mehrere Follikel geschwollen. Die Percussion des gut gewölbten Thorax zeigte normalen Schall mit Ausnahme einer handflächengrossen, deutlich umschriebenen Dämpfung in der Gegend des rechten unteren Scapularwinkels; hier ergab die Auscultation neben unbestimmtem Vesicularathmen mittel- und grossblasige, etwas consonirende Rasselgeräusche; in beiden Lungenspitzen waren normale Respirationsgeräusche hörbar, während in den unteren Lappen katarrhalische Geräusche gehört wurden. Das Herz war normal; die Leber etwas vergrössert; die Inguinalgegend zeigte keine Abnormität, an den Genitalien fanden sich weder Narben, noch Induration, auf der Haut keine Spuren eines bestehenden oder abgelaufenen Exanthems. Die Exploration des Kehlkopfes ergab gleichmässige, unbedeutende Schwellung der blassen Schleimhaut, die von der unteren Fläche der Epiglottis bis zu den Stimmbändern mit oberflächlichen kleinen, wenig eiternden Geschwüren besetzt war. An der Interarytänoidealfalte Wucherungen, ähnlich spitzen Condylomen mit oberflächlicher Exulceration, am rechten Taschenbande 2—3 deutliche Schleimpapeln von der Grösse einer durchschnittenen Erbse. Die Schleimhaut der Stimmbänder, beiderseits mit Geschwüren besetzt, an den Rändern aufgefranst. Stimmlosigkeit, die Bewegung des Kehlkopfes bei Versuchen zur Phonation frei. Schmerz zeitweilig spontan vorhanden, Schlingbeschwerden fehlten.

Pat. hatte quälenden trockenen Husten. Das Allgemeinbefinden des Kr. war schlecht, tägliche Temperatursteigerung bis zu 38 und 39° vorhanden.

Pat. gab zu, im J. 1870, also vor 9 Jahren, 1 Jahr vor seiner Verheirathung, durch Ansteckung einen Schanker bekommen zu haben, worauf Hautausschlag und einzelne andere secundäre Erscheinungen gefolgt seien. Nach einer 4wöchentlichen Schmierkur sei scheinbar

Genesung eingetreten, jedoch einige Jahre später ein nässendes Exanthem auf der Kopfhaut und an den Knöcheln der Finger zum Vorschein gekommen. Nach Anwendung von grüner Seife sollen diese Erscheinungen nach und nach geschwunden sein.

Da der Kranke sehr anämisch und herabgekommen erschien, so wurde zunächst Jodeisen gegeben, aber am 17. Januar ausgesetzt, da die Temperatur auf 40·6° C. stieg und Nachtschweisse, sowie grosse Schwäche sich einstellten, und Chinin in grossen Dosen gegeben. Bei fortwährend quälendem Husten und starkem Fieber expectorirte Pat. am 20. Oct. erbsen- bis bohnengrosse, rundliche oder ovale, meist eine zerfetzte Oberfläche zeigende Massen; das zerfetzte Aussehen war meistentheils durch aufgelagerten Faserstoff, Schleim und Eiter bedingt. Sowohl das ganze Aussehen dieser Stücke, als auch die hart elastische Beschaffenheit beim Anfühlen machte den Eindruck einer vollständig zusammenhängenden Gewebspartie; dies bestätigte sich noch mehr auf dem Durchschnitte, welcher im Ganzen ein weisses, mehr oder weniger glattes, hier und da weicheres Gewebe erkennen liess. Dieses Gewebe war besonders da deutlich, wo die theilweise schmutzige Masse von grauen und schwärzlichen, strich- und netzförmig angeordneten Gewebszügen durchsetzt erschien; hier war oft mehr der Eindruck vorhanden, als ob die weissen Massen in das mehr grauliche Gewebe eingesprengt gewesen seien. Alle ausgehusteten Massen waren völlig luftleer, sie sanken im Wasser unter; das Gewicht der gesammelten Stücke betrug zusammen 20 Gramm. Dieselben wurden zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung in Müller'scher Flüssigkeit aufbewahrt.

Sofort nach Aushusten der beschriebenen Massen fühlte Pat. grosse Erleichterung, der Husten wurde geringer, das Fieber schwand fast vollständig, auch die Nachtschweisse hörten auf, der Appetit kam wieder. Jodeisen wurde wieder gegeben. Physikalisch war an Lungen und Kehlkopf keine Veränderung zu bemerken. Es wurde die günstige Witterung abgewartet, um mit der Einreibungskur zu beginnen. Am 12. Febr. trat plötzlich wieder heftiges Fieber auf und derselbe Zustand wie am 20. Jan. kehrte wieder. Gegen 20 Grm. derselben oben beschriebenen Massen wurden expectorirt und wieder trat Besserung ein.

Die mikroskopische Untersuchung ergab nach dem Vf. in unzweideutiger Weise die syphilitische Natur der Massen. Man sah nur sehr sparsam deutlich charakterisirtes Lungengewebe, mehr oder we-

niger pigmentirt und hieran und an deutlichen elastischen Faserzügen deutlich zu erkennen. Das alveolare oder interalveolare Gerüstgewebe war verdickt durch faseriges Bindegewebe. In diese faserigen Verdickungen des interstitiellen Gewebes waren stellenweise kleine Rund- und Spindelzellen eingestreut; an anderen Stellen war wieder die Zwischensubstanz mehr homogen. Alveolen und elastische Fasern fehlten hier, der Charakter des Lungengewebes war geschwunden und der Eindruck einer Neubildung herrschte vor. An anderen Stellen war Zerfall und Degeneration sichtbar. Deutlich fand man grössere und kleinere Gefässe in verschiedenen Querschnitten mit theilweise verdickter Wandung und kaum erheblicher Zellenanhäufung. Die kleineren Capillaren erschienen erweitert. In dem zellig infiltrirten Zwischengewebe einzelne deutliche Riesenzellen, ohne die für den Tuberkel charakteristische Anordnung.

Ende Februar wurde mit der Einreibungskur begonnen und einen Tag um den andern wurden 2 Grm. grauer Salbe eingerieben. Schon nach 15 Einreibungen war Pat. wie umgewandelt, er bekam gesunde Farbe, der unnatürliche Panniculus adiposus schwand, er fühlte sich kräftiger, der Husten wurde bedeutend geringer, Schlaf, Appetit besser, Verdauung normal; ohne Ermüdung wurden grössere Spaziergänge gemacht und früherer Lebensmuth und Heiterkeit kehrten wieder. Die Aphonie schwand, wenn auch noch Heiserkeit zurückblieb.

Die Untersuchung der Lungen ergab noch nahezu denselben Dämpfungsbezirk wie früher, Rasselgeräusche, namentlich consonirende, waren jedoch nur sparsam hörbar. Auffällig war die sichtbare Besserung im Kehlkopfe. Die Geschwüre waren alle geheilt und die Schleimpapeln auf dem rechten Taschenbande waren kleiner geworden. Auf der Interarytänoidealfalte waren noch die bindegewebigen Wucherungen zu sehen. Die Stimmbänder waren noch geröthet, verdickt, mit unebenem inneren Rande.

Nach ferneren 15 Einreibungen war das Allgemeinbefinden ausgezeichnet, der Dämpfungsbezirk am Rücken deutlich verkleinert; Rasselgeräusche waren nicht mehr vorhanden, nur war hier undeutliches Respirationsgeräusch mit etwas hauchendem Exspirium zurückgeblieben. Der Kehlkopf, mit Ausnahme einer leichten Verdickung der Stimmbänder, vollständig normal, die Stimme viel reiner. Aus späteren Briefen des Kranken ist zu entnehmen, dass im August Hämoptoë und Fieber und Lungenentzündung eintraten. Nach 40 Einreibungen stellte sich wieder vollständige Genesung ein.

Nachdem Rosner (**11**) die Literatur über Lungensyphilis seit dem 16. Jahrhundert bis auf unsere Tage sammt kritischen Bemerkungen seinerseits aufgeführt hat, stellt er auf Grund von 4 von ihm selbst beobachteten, ferner von Anderen beschriebenen Fällen, wie auch auf Basis anatomisch-pathologischer Forschungsergebnisse gewisse diagnostische Symptome auf, wornach eine frühzeitige Diagnose der Lungensyphilis erleichtert würde. Er gelangt zu folgenden Thesen:

1. Die Lungensyphilis tritt erst in einem späteren, dem sogenannten gummösen Stadium auf.

2. Dem Infiltrat der Lungen geht auf mehrere Wochen, mitunter auch mehrere Monate eine Bronchitis mit spärlichem Auswurf, begleitet von Kurzathmigkeit, worüber sich die meisten Kranken zu beklagen pflegen, voraus. Diese Kurzathmigkeit, die der Autor als eine der wichtigsten pathognomonischen Kennzeichen ansieht, pflegt im Widerspruche mit den Auscultations-Erscheinungen und zwar so sehr zu stehen, dass sie beim kleinblasigen Rasseln in einem Lungenflügel und mitunter blos in einem beschränkten Theile dieses Lungenflügels oft sehr bedeutend und hartnäckig ist. Die Ursachen dieser Kurzathmigkeit dürften, wie dies die pathologische Anatomie erwiesen, in den syphilitischen Infiltraten der Bronchien, in den Narben nach syphilitischen Geschwüren oder aber den vergrösserten, die Bronchien comprimirenden Bronchialdrüsen gelegen sein.

3. Die Lungensyphilis tritt öfter im rechten als im linken Lungenflügel auf; auf 4 vom Autor beobachtete Fälle war in 3 Fällen der rechte und blos in einem Falle der linke Lungenflügel vom Infiltrate behaftet; in keinem Falle aber beobachtete der Autor trotz einer starken und umfangreichen Dämpfung weder bronchiales Athmen noch klingendes Rasseln.

4. Die Lungensyphilis begleiten nicht immer auch syphilitische Krankheitserscheinungen in anderen Organen, da dieselben erst mehrere Wochen nach dem Auftreten der Lungenaffection zu Tage zu treten pflegen, indem sie sich auf die Haut, die Schleimhäute oder das Knochensystem localisiren.

5. Fieber mangelt oder ist blos in geringem Grade vorhanden bei vorhandener Lungensyphilis.

6. Auftreten von Lungenblutungen selten.

Tatarczuch.

12. **E. Wagner.** Die constitutionelle Syphilis und die davon abhängigen Nierenkrankheiten. (Deutsches Archiv f. klin. Med., 28. Bd., 1. Heft, 1880.)
13. **de Amicis.** Ueber Knochen- und Muskelsyphilis. (Movim. med. chir. 12. Jahrg. 8. Heft 1880.)
14. **Gowers.** Syphilis und locomotorische Ataxie. (Lancet, 15. Jänner 1881.)
15. **Benedikt.** Ueber Aetiologie, Prognose und Therapie der Tabes. (Wiener med. Presse Nr. 1, 2, 4, 5, 1881.)
16. **M. Rosenthal.** Zur Charakteristik der Myelitis und Tabes nach Lues. (Ebenda Nr. 3, 6, 7, 9, 1881.)
17. **L. Meyer.** Zur Aetiologie der Tabes. (Archiv f. Psychiatrie 11. Bd. 1881.)
18. **Erb.** Tabes und Syphilis. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. Nr. 11 u. 12, 1881.)
19. **Reumont.** Syphilis und Tabes dorsalis. (Aachen 1881.)

E. Wagner (**12**) hat Untersuchungen über den Zusammenhang von Morbus Brightii mit Syphilis an 63 Fällen angestellt. Davon kommen auf den acuten Morbus Brightii 8 Fälle, auf den gewöhnlichen chronischen 4, auf die granulirte Niere 7, auf die Atrophie einer Niere 6, auf die Amyloidentartung 35, auf das Syphilom der Niere 1 — im Ganzen also 63 Fälle.

Spiess (Inaugural-Dissertation 1877) hatte unter 220 syphilitischen Leichen der Berliner Charité bei 147 einen mit Syphilis etwa in directen Zusammenhang zu bringenden pathologischen Befund beobachtet. Nur 7 hatten gummöse interstitielle Nephritis. Unter 10 Fällen von congenitaler Syphilis mit kranken Nieren hatten je 3 parenchymatöse, amyloide Nephritis und Niereninfarct, 1 einfache interstitielle Nephritis. — Nach Bamberger (1879) konnte Syphilis in 2% als Ursache angenommen werden. Die Form war 4mal acut, 29mal chronisch, 16mal atrophisch; ziemlich häufig war gleichzeitige Amyloiddegeneration. — Beer beschreibt in den Nieren Syphilitischer (1867) 1. kleine circumscripte Knotenbildungen; 2. die einfache interstitielle Hyperplasie mit Narbenbildung; 3. diffuse zellige Hyperplasie des interstitiellen Gewebes meist mit Speckentartung der Gefässe und kleinen Fettherden; 4. rein parenchymatöse Affectionen, wovon nur die 1. und 3. Form charakteristisch für Syphilis sein sollen.

Verf. berichtet über 8 Fälle von acutem Morbus Brightii bei Kranken, welche in der Mehrzahl (7) die Symptome tertiärer Syphilis, meist ulceröse Syphiliden, darboten, während in einem einzigen Falle die Nierenkrankheit 3 Tage vor dem Ausbruch des Syphilides constatirt wurde. Geheilt wurden 3 Fälle, letal endeten 5. In den letzteren ergab die Section meist frische parenchymatöse Nephritis.

Ferner beobachtete der Verf. 4 Fälle von subacutem oder chronischem Mb. Brightii und 7 Fälle von granulirter Niere, von welchen letzteren einer besonders bemerkenswerth war:

Ein 39jähriger Mechaniker war über 2 Jahre an Iritis, Nasen- und Larynxgeschwüren in klinischer Behandlung. Die Syphilis war sichergestellt, früher jedoch nicht energisch genug behandelt worden. Der Harn hatte im Allgemeinen den Charakter der granulirten Niere, war aber sehr wechselnd in der Menge. Weiter waren die häufig und ohne bekannte Ursache wiederkehrenden hämorrhagischen Perioden von meist mehrtägiger Dauer und im Anfange sehr verminderter Harnmenge auffallend. Oedeme traten nie ein; Herzhypertrophie fehlte. Den Einziehungen an der Oberfläche der Nieren entsprachen nur Herde von reichlicher kleinzelliger Infiltration mit verhältnissmässig starker Vascularisation.

In 6 Fällen fand Verf. die einseitige Nierenatrophie — eine meist sehr hochgradige Schrumpfung der einen Niere, während die andere compensatorisch vergrössert und übrigens normal oder amyloid krank war. Andere Ursachen für die Nierenatrophie waren mit mehr oder weniger grosser Bestimmtheit auszuschliessen; congenitale Verhältnisse, embolische Vorgänge, Pyelitis verschiedener Art. Es blieb somit die vorausgegangene Syphilis der Niere als wahrscheinlichste Ursache bestehen. Hiefür spricht schon die verhältnissmässige Häufigkeit der Affection. — Ferner machen dies die Arbeiten Anderer wahrscheinlich. Weigert sah gleichfalls zweimal bei Syphilis einseitige Schrumpfniere; beidemal fand sich gleichzeitig jene Arteriitis obliterans, wie sie Heubner bei Syphilis zuerst beschrieben hat. Die Nieren waren makroskopisch ganz glatt; mikroskopisch waren die Veränderungen ausserordentlich gleichmässig; hochgradige Zerstörung der Rindenkanälchen theils mit erhaltenen, theils mit geschrumpften Glomeruli in einem von kleinen Zellen diffus durchsetzten Stroma. — Key fand bei einem plötzlich verstorbenen jüngeren Mann syphilitische Atrophie des unteren Theiles jeder Niere, Vergrösserung und

Schwielenbildung mit Syphilomen im Herzen. — Von Verf.'s Fällen war nur in einem secundäre Lues in causaler Beziehung zu beschuldigen.

Am häufigsten hat Verf. die Amyloidniere, und zwar in 30 Fällen angetroffen; doch besitzt er nur von 4 derselben genauere Notizen. In dreien derselben war ihm auffallend der an einzelnen Tagen sehr wechselnde Gehalt des Harns an zum Theil eigenthümlichen Cylindern; sowie der meist grosse Reichthum an Eiterkörperchen, ohne dass gleichzeitige Cystitis oder Pyelitis bestand. Auch lieferte die mikroskopische Nierenuntersuchung den Beweis, dass der Eiter aus den Harnkanälchen resp. Glomerulis selbst stammte. — Im letzten der 4 Fälle bestand eine Combination mit granulirter Niere und Herzhypertrophie; im vorletzten war die Nierenperipherie stärker narbig.

Die übrigen 31 Fälle lassen sich in ätiologischer Beziehung in drei Kategorien bringen: 1. solche, wo gleichzeitig geschwürige Haut- oder Knochenaffectionen oder Beides bestanden, und entweder zur Zeit des Todes noch fortdauerten oder seit verschieden langer Zeit geheilt waren; selbstverständlich war die Knochenaffection fast stets das Wesentliche; — 2. Fälle, wo ohne gleichzeitige Knochenaffectionen schwerere syphilitische Ulcerationen der Haut oder Schleimhäute, besonders des Mastdarmes, vorlagen; — 3. Fälle, wo neben der Syphilis ein andersartiges, für die Speckentartung ursächlich wichtiges Leiden vorlag, z. B. Tuberculose der Lungen, tuberculöse oder ihrer Art nach zweifelhafte Darmgeschwüre, ebensolche Gelenkentzündungen. In allen 2 Kategorien fand sich besonders häufig ältere, seltener frische Syphilis der Leber, der Hoden, seltener solche der Lungen. Wassersucht war ungefähr ebenso häufig da, als sie fehlte.

Die Heilbarkeit der Amyloidentartung der Nieren hat Verf. bei constitutioneller Syphilis 2mal, beidemal mit Vergrösserung, also wohl ebenfalls Amyloid-Degeneration der Leber, gesehen, und beide Kranke Jahre nach der Heilung unter den Augen behalten.

Von dem Syphilom der Niere endlich sah Verf. nur zwei Fälle, bei denen die Diagnose auf Syphilis sicher war.

de Amicis (**13**) beschreibt drei Fälle schwerer Syphiliserkrankungen, von denen der eine einen Mann von 49 Jahren, der zweite einen Knaben von 9 Jahren und der dritte einen 21jährigen Mann, welche

beide letzteren die Syphilis durch die Amme acquirirten, betrifft. In allen drei Fällen, die durch Osteomyelitis gummosa, durch multiple Haut- und periostale Gummata, sowie durch multiple Exostosen an den Epiphysen einen besonders schweren Charakter angenommen hatten, der in dem einen Falle noch durch Albuminurie complicirt erschien, trat auf einfachen innerlichen Gebrauch von Jodkali vollständige Heilung ein. Mit der ausführlich gehaltenen Schilderung der Krankengeschichten geht eine umfassende Verwerthung der Literatur einher.

Schiff.

Seitdem das Verhältniss von Tabes zu Syphilis neuerlicher Erörterung unterzogen wurde (siehe d. Vierteljahrsch. 1881 p. 130 ff.) ist die Controverse über diesen Gegenstand noch immer nicht abgeschlossen. Wir theilen von neueren Mittheilungen zunächst jene von Gowers (**14**) mit, der über 33 Fälle von Tabes bei Männern berichtet. Von diesen 33 Fällen waren bei 15 primäres Geschwür und secundäre Symptome, in 3 anderen nur die secundären Symptome sicher constatirt worden; von den übrigen hatten 5 an Geschwüren, jedoch nicht an secundären Symptomen gelitten. In 53% war also sicher constitutionelle Syphilis vorhanden gewesen. Somit schliesst sich Verf. der Erb'schen Ansicht an. Mit Bezug auf die Länge des Zeitraumes zwischen Syphilis und den ersten Erscheinungen der Tabes stehen dem Verf. 18 Notizen zu Gebote, nach welchen in zwei Dritteln der Fälle dieser Zeitraum mehr als 10 Jahre betragen hatte, im Ganzen also erheblich länger als in den von Anderen, besonders von Erb, veröffentlichten Beobachtungen. Als frühesten Termin hat G. 7 Jahre beobachtet.

Benedikt (**15**) ist der Ansicht, dass Tabes durch die allerverschiedensten Schädlichkeiten entstehen könne; eine derselben sei auch die Syphilis, wenn auch seltener als Manche glauben. Bisweilen unterscheide sich diese syphilitische Tabes von der gewöhnlichen durch ein Schwanken der Symptome, so dass vollständige oder fast vollständige Heilungen mit schweren Recidiven wechseln. Ein anderesmal sei der Beginn des Leidens ganz atypisch; es fange z. B. mit einer Neuritis n. ischiadici an, oder es würden in ganz atypischer Weise ausgedehnte Stellen der Haut, z. B. am Oberschenkel, anästhetisch, während in den typischen Fällen die Anästhesie von den Fussspitzen nach oben fortschreite. E juvantibus den Schluss auf die Abhängigkeit der Tabes von Lues zu machen, hält Verf. deswegen für sehr schwierig, weil

auch bei ganz unzweifelhafter specifischer Ursache energische Schmierkuren bei Tabes häufig ungünstig wirken. Nur wenn noch Syphilis der allgemeinen Decke vorhanden sei, könne man von Tabes speciell sprechen.

M. Rosenthal (**16**) hat in den letzten zwei Jahren unter 105 Fällen von Tabes 19 mit syphilitischen Vorläufern beobachtet, also 18%. In 5 dieser Fälle war die Tabes durch die antisyphilitische Behandlung verschlimmert worden. Verf. theilt weiter 5 Beobachtungen von durch Syphilis erzeugten Rückenmarksaffectionen mit dem Charakter subacuter oder chronischer transversaler Myelitis mit, welche jedoch Nichts mit Tabes gemein haben. Diese Fälle heilen oft durch antiluetische Behandlung, während die echte syphilitische Tabes sich meist denselben gegenüber indifferent erweist.

Meyer (**17**) hat 19 Frauen mit Tabes beobachtet, bei denen keine Syphilis nachweisbar war.

Erb protestirt in einer neuerlichen polemischen Darstellung (**18**) zuerst gegen den Gedanken, dass aus den Ergebnissen der pathologisch-anatomischen Untersuchung eine Entscheidung in dieser Frage gewonnen werden könne; zum anderen könne aus der uns bekannten Art und Wirkungsweise des syphilitischen Giftes unmöglich auch nur mit einiger Sicherheit gefolgert werden, dass die Syphilis eine „Systemerkrankung", wie die Tabes, nicht hervorrufen könne.

Weiters theilt E. mit, dass die in Baden vorgeführte Serie von 36 Fällen unterdess auf 115 Fälle angewachsen sei, nach Ausscheidung von 12, darunter 4 Weibern, bleiben 103 verwerthbare Fälle, wovon Verf. jetzt nur Nr. 1—100 erörtert.

Unter diesen 100 Fällen sind nun solche ohne alle vorausgegangene Syphilis oder Schanker 12%
solche mit vorausgegangener Syphilis oder Schanker . . . . . 88 „
darunter mit secundärer Syphilis . . . . . 59 „
und mit Schanker ohne secundäre Symptome . . . . . 29 „

Unter 29 Schankerfällen waren 11, bei welchen Quecksilber, Jodkalium oder Decocte gebraucht wurden, so dass bei ihnen wohl die Annahme eines harten, syphilitischen Schankers die zutreffende ist; in 15 anderen Fällen habe Verf. die Ermittlung dieser Verhältnisse unterlassen; nur in drei Fällen wurde der Schanker direct als „weicher" bezeichnet.

Auch in dieser dreifach grösseren Zahlenreihe sei also das Procentverhältniss der Fälle ohne alle vorausgegangene Infection genau das gleiche geblieben, wie Verf. es in Baden angab.

Auch in Bezug auf das zeitliche Auftreten der ersten tabetischen Symptome nach stattgehabter Infection haben sich analoge Verhältnisse wie früher gezeigt; es zeigte sich dasselbe zwischen dem

1.	und	5.	Jahre	in	.	17	Fällen
6.	„	10.	„	„	.	37	„
11.	„	15.	„	„	.	21	„
16.	„	20.	„	„	.	3	„
21.	„	25.	„	„	.	5	„
nach dem 31. Jahre in						2	„
dazu unbekannt						3	„
Summa .						88	Fälle.

Der Einwand, dass in den Bevölkerungsschichten, in welchen der Verf. seine Beobachtungen hauptsächlich macht, die Syphilis ein so häufiges Vorkommen sei, dass immer noch ein zufälliges Zusammentreffen möglich wäre, wird vom Verf. durch eine Tabelle bekämpft, welche zeigt, dass bei nicht Tabetischen und nicht Syphilitischen in ganz denselben Schichten der Bevölkerung circa 23 % sich vorfanden, welche Schanker und Syphilis gehabt haben; bei den Tabetischen aber 88 %.

Reumont (**19**) theilt 36 Fälle aus seiner Beobachtung mit, unter denen nur bei 6 Zweifel an Syphilis bestehen konnte, und schliesst sich daher den Folgerungen an, die Fournier, Erb, Schultze, Gowers u. A. aus der Statistik ziehen. Die meisten seiner Fälle sind ältere, die wenigsten solche im Initialstadium. Der Behauptung Erb's, dass bei Tabischen noch bestehende luetische anderweitige Symptome selten seien, pflichtet R. nicht bei, da sich unter seinen 36 Fällen 14 mit secundären und darunter 3 mit tertiären Symptomen befanden.

20. Chiari. Hochgradige Endarteritis luëtica (Heubner) an den Hirnarterien eines 15monatlichen Mädchens bei sicher constatirter Luës hereditaria. (Wiener medicin. Wochenschr. 1881, Nr. 17 und 18. — Referat d. Centralbl. f. med. W. 1881, Nr. 34.)

21. **Behrend.** Zur Lehre von der Vererbung der Syphilis. (Berl. klin. Wochenschrift 1881.)

22. **v. Rinecker.** Ueber Scrofulose und Syphilis. (Aus den Sitzungsberichten der Würzburger phys.-med. Gesellschaft. 1881.)

23. **Finger.** Ueber Syphilis und Reizung. (Separatabdruck aus der Prager med. Wochenschr. Nr. 40. 1881.)

24. **Aufrecht.** Ueber den Befund von Syphilis-Mikrokokken. (Centralbl. f. Med. Nr. 13. 1881.)

Ein von Chiari (**20**) veröffentlichter Fall betrifft das Kind einer mit Syphilis behafteten Mutter, welches seit dem zweiten Lebensmonat verschiedene Symptome der hereditären Luës gezeigt hatte, Psoriasis, Roseola, Rachenaffection mit Geschwüren der Tonsillen etc. Im zehnten Monat traten dann die ersten Erscheinungen seitens des Nervensystems auf, rechtsseitige Facialislähmung, Erweiterung der linken Pupille; im 14. Monat vollständige Lähmung der rechten Körperhälfte, dann täglich mehrmalige epileptoide Anfälle und Tod im Alter von 15 Monaten.

Bei der Autopsie fand sich ausser mehrfachen Ulcerationen im Larynx und Pharynx diffuse Verdickung der Pia mit Einlagerung weisslicher Plaques in dieselbe; die meisten Arterien der Basis stark verdickt, zum Theile vollständig unwegsam. Die mikroskopische Untersuchung ergab die bekannten Erscheinungen der Arteriitis obliterans. (Der Ref. des Centralbl., Dr. Friedländer, bemerkt hiezu, dass der erste Fall von Hirnarterienveränderung bei angeborner Syphilis von Marchiafava herrührt; er bezieht sich auf ein Kind von 10 Tagen mit Pemphigus an den Händen und syphilitischer Hepatitis; ausserdem wurde merkwürdigerweise Amyloid in der Milz constatirt. Die Meningen waren vollständig frei, dagegen die Arterien an der Basis stark verdickt, ihr Lumen erheblich reducirt; die histologischen Veränderungen entsprachen der Arteriitis obliterans. Der Fall ist berichtet in: Atti dell' acad. med. di Roma 1877, fasc. 2.)

Zur Beantwortung der Frage, ob eine syphilitische Placentarinfection stattfinden könne oder nicht, veröffentlicht Behrend (**21**) folgende zwei Beobachtungen:

Eine Frau, im 9. Monate der Schwangerschaft stehend, zeigte angeblich seit 8 Tagen, am 18. August 1874, eine Anzahl breiter Condylome an den grossen Labien, eine oberflächliche überhäutete

und in der Involution begriffene Induration von geringem Umfange am Rande des linken kleinen Labiums, beginnende Roseola am Stamme, stecknadelkopfgrosse Krüstchen an der behaarten Kopfhaut, die Inguinaldrüsen indolent und indurirt, Pharyngitis catarrhalis. Nachdem die Krankheitserscheinungen unter einer mercuriellen Schmierkur vollkommen geschwunden waren, wurde die Patientin am 13. September von einem ausgetragenen Mädchen entbunden. Das Kind war blass, sonst aber wohlgenährt. In der dritten Lebenswoche traten in der Afterfalte breite Condylome auf, die durch 15 Sublimatbäder (mit je 0,75 Grm. Sublimat) beseitigt wurden. Am 24. Januar 1876 copiöser eitriger Ausfluss aus der Nase, mit Heiserkeit und Laryngostenose. Nachdem diese Erscheinungen unter dem Gebrauch von Sublimatbädern und der innerlichen Verabreichung von Calomel geschwunden waren, ist das Kind bis zum heutigen Tage gesund geblieben, während bei der Mutter noch einmal ein Recidiv auftrat. Der Vater des Kindes hatte unmittelbar nach der Geburt des letzteren rings um den After einen Kranz confluirender, zerfallener breiter Condylome, mässige Schwellung der Drüsen in der Inguinalgegend und Defluvium capillorum. Er gab an, 4 Monate nach seiner Verheiratung während einer mehrtägigen Abwesenheit von Berlin einen ausserehelichen Beischlaf ausgeführt und nach Verlauf von etwa 3—4 Wochen ein Geschwür am Frenulum bemerkt zu haben, welches von seinem damaligen Arzte als indurirter Schanker bezeichnet worden sei. Im Juni waren Angina und Condylome an den Genitalien aufgetreten, demnach genau in jener Periode, in welcher die Infection der Frau stattgefunden haben musste. Was aber das Kind betrifft, so muss eine Infection desselben intra oder post partum deshalb ausgeschlossen werden, weil es unter solchen Verhältnissen nicht schon, wie es hier thatsächlich der Fall war, im Verlaufe von 3 Wochen zur Entwickelung von Allgemeinerscheinungen hätte kommen können.

Es liegt hier also der Fall vor, dass eine gesunde Frau, von einem gesunden Manne geschwängert und von ihm in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft inficirt, die Syphilis auf das Kind in utero überträgt, bei welchem die ersten Manifestationen der constitutionellen Erkrankung 3 Wochen nach der Geburt auftraten. Beim Manne sowohl als bei der Frau recidivirte die Syphilis im Januar 1875. Sie wurden geheilt und sind bis heute gesund geblieben. Im Jahre 1877 wurde ein gesundes noch lebendes Kind geboren.

2. Frau W. hatte am 9. November 1879 eine grosse Anzahl theils confluirender, theils einzeln stehender, durchwegs aber ulcerirter breiter Condylome in der Afterfalte sowie an den grossen und kleinen Schamlefzen und zwischen Vulva und Oberschenkel; grossfleckiges Syphilid am Stamm und an den Extremitäten; Angina; Impetigo am behaarten Kopfe; Defluvium, Lymphadenitis universalis. Sie stand im letzten Monat ihrer ersten Schwangerschaft. Sie gab an, zuerst Anfangs August eine harte Stelle an der hinteren Commissur der Vulva und später Drüsenanschwellungen in beiden Inguinalgegenden bemerkt zu haben. Der Mann hatte sich vom 3. bis 15. Juli wegen eines indurirten Geschwürs an der unteren Fläche des Penis in Behandlung befunden. Unter einer Schmierkur schwanden die Symptome der Syphilis bis zu der am 27. November erfolgten Entbindung vollkommen. Das Kind war ausgetragen, gut entwickelt und gesund und wurde von der Mutter nicht genährt. Am 17. December erkrankte die Wöchnerin an Parametritis. Das Kind starb, 3 Monate alt, am 2. März 1880, nachdem es Tags zuvor von Krämpfen befallen war. Bei der vorgenommenen Leichenbesichtigung fand Verf. an der Haut des Rumpfes und der Extremitäten deutlich hervortretende, infiltrirte, runde, über linsengrosse Flecke von braunrother Farbe. Die Haut der Handteller und Fusssohlen diffus infiltrirt, braunroth, hie und da Reste von Blasen oder Pusteln.

Diese beiden Fälle, sowie zwei andere, von denen der eine von Zeissl jun. (siehe diese Vtljhrschr. 1880, pag. 421), der andere von Vajda (ebenda, pag. 427) beschrieben ist, beweisen nach dem Verf., dass das syphilitische Virus im Stande ist, in die Bahnen des Placentarkreislaufes überzugehen, freilich nicht in allen Fällen und unter allen Umständen.

Um dies letztere zu illustriren, berichtet der Verf. einen Fall aus seiner Praxis, dass eine gesunde Frau trotz einer grossen Anzahl von Geburten syphilitischer Kinder während eines Zeitraumes von 15 Jahren weder eine Spur einer syphilitischen Affection noch irgend eine Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens oder ihres guten Aussehens zeigte, und man also zu dem Schlusse berechtigt ist, dass hier im Gegensatze zu den beiden ersten Beobachtungen ein Uebergang des syphilitischen Virus in den Placentarkreislauf nicht stattgefunden habe.

Demnach müsse man die Frage, ob es eine syphilitische Placentarinfection gebe oder nicht, dahin beantworten, dass eine der-

artige Infection thatsächlich vorkommt, dass sie unter Umständen aber auch ausbleibt, und dass der Standpunkt jener Autoren, welche sie entweder gänzlich in Abrede stellten oder für alle Fälle behaupteten, in seiner Exclusivität durch die praktische Erfahrung in keiner Weise gerechtfertigt wird.

In Bezug auf die andere Seite der syphilitischen Placentarinfection, nämlich in Bezug auf den Uebergang des Syphilisgiftes von einer vom Vater her syphilitischen Frucht auf die Mutter, spricht sich der Verf., indem er auf zwei weniger bekannte Fälle von Guibout (Nouvelles léçons cliniques sur les maladies de la peau, Paris 1879, pag. 154) und Ranke (Tageblatt der 51. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel 1878, pag. 94) hinweist, dahin aus, dass eine Frau, selbst wenn sie mehrfach Kinder zur Welt bringt, die vom Vater her syphilitisch sind, vollkommen gesund bleiben und — entgegen dem sogen. Colles'schen Gesetze — durch ein solches syphilitisch geborenes Kind erst beim Säugen inficirt werden könne; dass daher das Syphilisgift keineswegs immer auf dem Wege des Placentarkreislaufes von dem einen der betheiligten Organismen auf den andern übergehen müsse; dass endlich die Theorie von der Infection einer Frau durch den Samen des Mannes in keiner Weise zutreffe.

v. Rinecker hob im Eingange eines Vortrages über Scrofulose und Syphilis (**22**) die verschiedenen Beziehungen hervor, die zwischen beiden bestehen und unter denen die ätiologischen die meiste Bedeutung besitzen. Schon Ricord betrachtete die tertiär gewordene Syphilis als ergiebigste Quelle der Scrofelkrankheit und sein berühmtester Schüler, A. Fournier, hat in seinem neuesten Werk „Ehe und Syphilis" diese Ansicht seines Meisters wieder aufgenommen und mit der Theorie und Erfahrung entnommenen Gründen zu stützen versucht. Redner will das nur in der beschränkten Weise gelten lassen, dass das von syphilitischen Eltern abstammende Kind in Folge einer gewissen Widerstandslosigkeit seiner Körperconstitution eine Prädisposition zur srofulösen Erkrankung mit auf die Welt bringe. Abgesehen hievon seien Scrofulose und Syphilis jede eine besondere Krankheit für sich und zwar sei die Scrofulose gleich der ihr nahe stehenden Tuberculose so gut wie die Syphilis höchst wahrscheinlich eine durch ein specifisches corpusculäres Gift erzeugte Krankheit.

Aber auch in symptomatologischer Hinsicht besteht eine Verwandtschaft zwischen Scrofulose und Syphilis, welche die differentielle Diagnose oft sehr schwierig macht, namentlich an gewissen Körperstellen, die, wie die äussere Haut und die Schleimhaut des Rachens, beide Lieblingssitze der Scrofulose wie der Syphilis sind.

Besonders bereiten die scrofulösen Geschwüre in der Nase, im Rachen und am Gaumen diagnostische Schwierigkeiten. Sie können eine syphilitische Ozaena vortäuschen und umgekehrt. — Namentlich tritt die Syphilis hereditaria tarda in dieser Gegend häufig in einer Form auf, die an Scrofel und manchmal auch an Lupus erinnert und deren differentielle Diagnose vor einigen Jahren der Gegenstand einer länger dauernden lebhaften Discussion unter französischen Aerzten war.

Die diagnostische Schwierigkeit steigert sich natürlich in dem Falle, wenn beide, Scrofel und Syphilis, in der fraglichen Gegend neben einander vorkommen.

Redner stellt einige in diese Kategorie fallende Kranke vor und sucht durch die Demonstration derselben den Beweis zu liefern, dass auch in solchen Fällen sich sehr wohl nachweisen lasse, was dem einen und was dem anderen der beiden Krankheitsprocesse angehöre und dass trotz dem Nebeneinandersichbefinden auf einem und demselben Individuum die Scrofulose und die Syphilis nicht als gegenseitig sich bedingend zu betrachten seien, sondern jede ihre besondere Entwicklung habe und getrennt von der anderen verlaufe. Dies war vornehmlich in dem einen Falle deutlich, wo bei einem 18jährigen Mädchen neben den charakteristischen Narben von früheren scrofulös infiltrirten, dann käsig zerfallenen und vereiterten Lymphdrüsen jetzt Hautgummata zum Vorschein kamen, während gleichzeitig von der Rachenwand und der hinteren Fläche des weichen Gaumens her eine Ozaena mit Nekrosirung mehrerer Nasenknochen sich entwickelt hatte. Die Ozaena befand sich auf die nachdrückliche Anwendung des scharfen Löffels bereits auf dem Wege der Besserung.

Schliesslich wurde noch ein Fall von syphilitischer Reinfection vorgestellt, der sich an das vorher besprochene Thema insofern anreihte, als in demselben bei einem kräftig gebauten, nach keiner Richtung hin Spuren von scrofulösen Antecedentien bietenden 29jährigen Manne im 10. Lebensjahre nach vorausgegangenem Scharlach eine Syphilis hered. tarda unter der vorhin besprochenen Nasenrachenform aufgetreten und mit beträchtlicher Deformation der äusseren

Nase geheilt war. Vor Einem Jahre wurde derselbe in Folge eines inficirenden Coitus nach vierwöchentlicher Incubation von einem harten Geschwür an der Eichelkrone befallen, das, weil schmerzlos, lange Zeit vernachlässigt wurde, bis die sich einstellende Gangrän den Patienten vermochte, in einem Spital Hilfe zu suchen. Im Juliusspital wurde er am 29. December vorigen Jahres aufgenommen mit einer die Eichel verstümmelnden Narbe und mehreren in Ulceration begriffenen, über die äussere Bedeckung verbreiteten Gummageschwülsten. Weder in der Leiste noch sonstwo fand sich Drüsenschwellung — eine Eigenthümlichkeit, die nicht blos dem gummösen Stadium der Syphilis entspricht, sondern nach der Mehrzahl der über Syphilis-Reinfection vorliegenden Beobachtungen zu schliessen, als ein speciell dieser letzteren zukommendes Moment zu betrachten ist.

Die Entwickelung syphilitischer Infiltrate nach tiefgreifenden Reizungen, wie sie Tarnowsky im Jahre 1877 in dieser Vierteljahresschrift beschrieben hat, ist nach Finger (**23**) durchaus nicht constant und oft auf vielfache Cauterisationen nicht zu erzielen.

Verf. hatte Gelegenheit zu beobachten, dass zufällige oder aus curativen Gründen applicirte Hautreize an Syphilitischen durch Setzung specifischer Veränderungen am Ort der Reizung beantwortet wurden, und zwar in der Weise, dass tiefergreifende, die Haut in ihrer ganzen Dicke betreffende Reize in einigen Fällen die Setzung bedeutender syphilitischer Infiltrate hervorriefen, während mehr oberflächliche, leichtere, aber durch längere Zeit einwirkende Irritation, Maceration der Haut durch verdunstende Umschläge, irritirende Salben etc. am Ort der Application die Entwicklung von exanthematischen, meist papulösen Efflorescenzen verursachten.

In die erste Kategorie gehören vor Allem zwei Fälle: O. V., aufgenommen 16. December 1880 mit papulösem Syphilid am Hodensack, Hemiparese rechts, und E. J., aufgenommen 12. April 1880 mit Initialsclerose im Sulcus coronarius, multiplen Drüsenschwellungen, maculösem, frischem Exanthem und Papeln am Scrotum und um den Anus. Bei beiden Patienten entwickelte sich spontan, bei ersterem am linken Gesäss, bei letzterem an der Vorderfläche des rechten Oberschenkels unter acut entzündlichen Symptomen, bedeutenden Schmerzen ein furunculöses Infiltrat, das binnen wenigen Tagen den gewöhnlichen Weg in Vereiterung nahm, worauf dann die Spaltung

und Eiterentleerung vorgenommen und ein 2perc. Carbolölverband applicirt wurde.

Der Verlauf war im Beginn ein normaler. Vom 14. Tage vom Entstehen des Furunkels an gerechnet, entwickelte sich aber am Rande und Grunde der Wunde eine derbe, wallartige Infiltration, die bald so bedeutend zunahm, dass sie eine flachkuchenförmige Gestalt von 5 Ctm. Durchmesser annahm. Gleichzeitig kam es zum Zerfall der Wundfläche, so dass sie bald das Aussehen eines zerfallenden gummösen Infiltrates darbot. Entwickelung und Verlauf gingen ohne jede entzündliche Reaction vor sich, Schmerz bei Druck auf das Infiltrat war das einzige Symptom. Man applicirte nun Quecksilberpflaster, das den Zerfall bald sistirte, und im Verein mit einer antisyphilitischen Behandlung in weiteren drei Wochen die Verheilung sowie die Resorption des grössten Theiles des Infiltrates erzielte, wenn auch ein Theil desselben noch unter der Narbe selbst fortbestand.

Aehnliche Fälle beobachtete Verf. noch mehrere, wo das Infiltrat im Gefolge von Abscessen nach subcutanen Injectionen etc. entstanden war, ja in der jüngsten Zeit sah er äusserst ausgedehnte derbe Infiltrate am Boden von Geschwüren entstehen, die er durch Impfung mit dem Eiter diphtheroider, moleculär zerfallender Papeln an den Trägerinnen selbst erzeugt hatte.

Die zweite Kategorie von Fällen ist sehr gross. Es gehören hierher alle Fälle, wo im Gefolge von Reibung von Kleidungsstücken am Gürtel und Nacken, des Haarzopfes bei Weibern im Nacken, im Gefolge von Irritation durch Schweiss, Smegma, Fluor und Unreinlichkeit an und um die Genitalien sich syphilitische Efflorescenzen entwickeln oder bereits entwickelte zu besonderer Dignität gelangen, und Verf. theilt zwei Fälle dieser Art ausführlich mit.

Verf. glaubt, dass Fälle, wie die oben erwähnten, uns zur Ansicht bringen müssen, dass das syphilitische Virus schon vor der Eruption während der zweiten Incubationsperiode im Organismus circulirt und von da an, wenigstens während der secundären Periode nicht mehr ausser Circulation tritt. Es lassen sich aber der Wechsel zwischen Eruption und Latenz durch quantitative Verschiedenheiten des im Organismus circulirenden Virus erklären, in der Art, dass allerdings die Initialsclerose Zeichen der Durchseuchung des Organismus wäre (ist dies durch obige Fälle bewiesen? A.), die zweite Incubation aber zur Vermehrung des Virus benützt würde, bis endlich in der 8. Woche die Menge desselben

so gross ist, dass die durch dasselbe hervorgerufene irritirende Wirkung auf den Organismus durch eine allgemeine Reaction, die Proruption eines Syphilides beantwortet wird. Durch diese Reaction würde nun die grösste Menge des Virus eliminirt, die nun aber noch zurückbleibende Menge, zu gering, um irritirend zu wirken, würde erst der Latenz bedürfen, um sich während dieser so weit zu vermehren, dass sie dann wieder eine neue Eruption bedingen könne.

Die irritirende Wirkung des im Organismus während der zweiten Incubation und der Latenz circulirenden Virus ist zu gering, um an dem intacten Organismus syphilitische Erscheinungen hervorzurufen, jene können aber entstehen, wenn die Reactionsfähigkeit, sei es des ganzen Organismus oder einzelner Theile desselben durch vorhergegangene anderweitige Reize herabgesetzt wurde.

Während also die gesunde Haut intact bleibt, wird die irritirte eczematöse bald Syphilissymptome aufweisen, es ist also die Reizung wirklich Veranlassung zum Ausbruch von Syphilissymptomen geworden.

Die verschiedene Reactionsfähigkeit und Irritabilität verschiedener Individuen erklärt aber, warum diese Symptome bei einigen Individuen leichter, bei anderen schwerer, bei dritten endlich überhaupt nicht zu erzielen sind. Wo sie aber entstehen, sind sie stets Produkt zweier Irritantien, eines specifischen, des Syphilisvirus, und eines nicht specifischen, traumatischen oder chemischen, das bei der Hervorrufung der specifischen Reaction nur die Vermittlerrolle spielt.

(Die Hypothese des Verf. ist wohl nicht nothwendig, wenn das Uebergehen des Contagiums von der Inoculationsstelle in die Circulation überhaupt als ein schrittweises und quantitativ verschiedenes, und die Resistenz der Gewebe ihm gegenüber ebenfalls als individuell verschieden gedacht wird. A.)

Aufrecht glaubt (**24**) im syphilitischen (breiten) Condylom eine Mikrokokkusform zu finden, welche von allen, die A. bisher gesehen hatte, wesentlich abweicht, so dass er geneigt ist, dieselbe als dem syphilitischen Processe specifisch zugehörig zu betrachten.

Die einzelnen Kokken sind von ziemlich starkem Korn; meist sind sie in Form von Diplokokken, also zu zweien mit einander vereinigt sichtbar und die Zahl solcher ist grösser, wie die der einzelnen Mikrokokken. Zu dreien mit einander verbunden, finden sie

sich sehr selten. Ausserdem werden sie durch Fuchsin auffallend dunkel gefärbt.

Dergestalt habe er sie bei sechs Patienten nachweisen können, welche die Träger von Condylomen waren, die noch in vollem Florescenzstadium sich befanden. In einem Falle, in welchem die Condylome schon exulcerirt, in einem anderen, wo dieselben schon mehrere Male mit Sublimat bepinselt worden waren, fanden sie sich spärlich, so dass er Jedem, der sich durch eigene Untersuchung von seinem Befunde überzeugen will, empfehlen muss, solche Condylome zu wählen, die nicht exulcerirt sind und auch keiner specifischen Behandlung unterworfen waren.

Der Gang der Untersuchung ist folgender:

Mit einer Lancette wird das Condylom eingeritzt; das zunächst austretende Blut abgetupft und die hinterher aus dem Gewebe des Condyloms selbst austretende seröse Flüssigkeit zur Untersuchung benützt. Tritt spontan keine genügende Quantität aus, dann lässt sich durch leichten Druck auf die Seitenränder des Condyloms in zweckentsprechender Weise nachhelfen. Diese seröse Flüssigkeit wird nun entweder mit dem Deckgläschen direct aufgenommen oder vermittelst der Lancette auf dasselbe übertragen und hier in möglichst dünner Schicht ausgebreitet; das auf diese Weise versehene Deckgläschen wird unter eine kleine Glasglocke gelegt und darunter 2—24 Stunden aufbewahrt, bis ein vollkommenes Austrocknen stattgefunden hat. Dies lediglich aus dem Grunde, weil nur auf diese Weise die Mikroorganismen am Deckgläschen fest haften bleiben und nicht in verschiedene Schichten der Flüssigkeit gelangen können, in welcher sie aufzubewahren sind. Jedenfalls rathe er, in jedem einzelnen Falle zwei Deckgläschen mit dem zu untersuchenden Stoffe zu versehen und das eine derselben erst nach 24 Stunden weiter zu behandeln.

Sodann werden ein paar Tropfen einer halbpromilligen Fuchsinlösung auf ein Objectglas gebracht und auf diese das Deckgläschen mit der daran haftenden Masse gelegt. Nach etwa 2—3 Minuten wird die überflüssige Fuchsinlösung abgetupft, so dass das Deckglas dem Objectglase möglichst fest aufliegen kann.

Zur Untersuchung des fertigen Präparates sind von vorneherein stärkere Vergrösserungen, etwa Hartnack's System 9 a mit Immersion, zu wählen.

25. **Gamberini.** Ueber die angebliche Unheilbarkeit der Syphilis. (Eröffnungsvortrag an der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Bologna, gehalten am 15. November 1880.)
26. Die Therapie der Syphilis nach **Fournier** und **Martineau.** (Gazette des hôspitaux 1881. 6. — D. med. Ztg. 14. 1881.)
27. **Thomann.** Ueber subcutane Jodoform-Einspritzungen bei Syphilis. (Centralblatt f. d. med. Wissensch. Nr. 44. 1881.)
28. **Mises.** Zur Jodtherapie. (Med. Presse 39. 1881).
29. **Fürbringer.** Experimentelle Untersuchungen über die Resorption und Wirkung des regulinischen Quecksilbers der grauen Salbe. (Virchow's Arch. LXXXII. Bd. 1880.)
30. **v. Sigmund:** Was vermögen wir gegen die Syphilis als Volkskrankheit jetzt zu thun? (Sep.-Abdr. aus d. „Deutschen Revue" I. Heft, 1881.)

Eine zutreffende Kritik über die in Denis-Dumont's Werk: „De la syphilis — Unité d'origine — Incurabilité — Traitement" behauptete Unheilbarkeit der Syphilis publicirt Gamberini (**25**). Am Schlusse stellt Verf. folgende vier Thesen auf: 1. Syphilis schwindet nach einiger — unbestimmter Zeit, die Regel ist Heilung; 2. genaue Unterscheidung von nicht-syphilitischen Erkrankungen an Individuen, welche syphilitisch waren oder sind, ist von Wichtigkeit; 3. gewisse Erscheinungen sind wohl Folgen der Syphilis, nehmen jedoch einen durchaus selbstständigen Charakter an und sind deshalb mit der Syphilis in keinen weiteren Zusammenhang zu bringen; 4. wenn Syphilis ausnahmsweise nicht heilbar ist, so theilt sie die Eigenschaft mit anderen Krankheiten, die ebenfalls einmal heilen, das andere Mal nicht. Schiff.

Die Methode der Syphilis-Behandlung von Fournier (**26**) beruht auf langer Dauer und, zur Vermeidung der Uebersättigung und Angewöhnung, auf zeitweiser Unterbrechung der Behandlung. Von der Ansicht ausgehend, dass die Angewöhnung an das Quecksilber in der Regel nach 2 Monaten eintritt, und dass es durch ein Ruhestadium wieder entfernt werden müsse, um den Kranken wieder empfänglich für das Medicament zu machen, verfährt er in folgender Weise: 2 Monate Quecksilber, 1 Monat Pause; 6 Wochen bis 2 Monate Quecksilber, 3 Monate Pause; 6 Wochen bis 2 Monate Quecksilber, 4 bis 5 Monate Pause; 4—5 Wochen Quecksilber und so fort. Die mercurielle Behandlung müsste im Allgemeinen mit Unterbrechung 2 Jahre

fortgeführt werden, wovon 10 Monate auf den Mercur, 14 auf die Pausen träfen; in jedem einzelnen Falle sei auf Temperament, Constitution und Diathese Rücksicht zu nehmen.

Die Methode von Martineau ist auf das gleiche Princip basirt, unterscheidet sich jedoch von obiger darin, dass auch die Medicamente gewechselt werden. Martineau verordnet im ersten Jahre: 3—4 Monate Quecksilber, 3 bis 4 Monate Jodkali, dann von Neuem 2 Monate Jodkali und nun 1 Monat Pause; im zweiten Jahre: 1 Monat Quecksilber, 2 Monate Jodkali, 2 Monate Pause; dann 1 Monat Quecksilber, 3 Monate Jodkali, 3 Monate Schwefelwasser (künstlich oder natürlich je nach den Mitteln des Kranken) zu Bädern oder innerlich; ob nun weitere Krankheitserscheinungen folgen oder nicht, im dritten Jahre: 1 Monat bis 6 Wochen Quecksilber, 2 Monate Jodkali, 3 Monate Pause, dann wieder 1 Monat Quecksilber, 2 Monate Jodkali, 3 Monate Schwefelwasser. Zeigen sich jetzt neue Symptome, so wird die Behandlung vom 3. Jahre wiederholt; für alle Fälle lässt M. noch eine dritte Saison die Schwefeltherapie durchmachen. Auch diese Methode kann je nach Umständen modificirt werden. M. meint, die antisyphilitische Behandlung solle erst 3—4 Wochen nach dem Auftreten des Schankers, wenn die ersten secundären Symptome sich zeigen, begonnen werden; zunächst gibt er Sedillot's Pillen, in der ersten Woche täglich 1, in den nächsten 6 Wochen täglich 2, in den nächsten 2 Monaten wieder 1, im zweiten Jahre van Swieten's Liquor (1 Kaffeelöffel pro die in einer Tasse Milch) oder die Dupuytren'schen Pillen; das Jodkali wird zu 0,5 bis 1,0 p. die verordnet. Die Patienten, welche nicht in Kurorte reisen können, nehmen künstliche Bäder 15mal im Monat und Wasser von Challes; $^1/_2$ Glas Morgens und Abends. Neben der specifischen Behandlung wird tonisirendes und kräftigendes Regime befolgt, bei Scrophulösen werden Amara, Eisen, Leberthran, Arsenik, Salz etc. gegeben.

Thomann (**27**) versuchte zu subcutanen Einspritzungen Jodoform in Glycerin suspendirt im Verhältniss von 6 : 20. Er begann mit 0,30 Jodoform und stieg, da dasselbe gut vertragen wurde, auf 0,75 p. dosi. Gleichzeitig machte Verf. auch Versuche mit Jodoformöllösung und zwar 0,30 Jodoform in 6 Ccm. süssen Mandelöls. Er wählte zur Behandlung frische Krankheitsfälle, bei welchen, bei stark ausgeprägter Sklerose, die Leistendrüsen schon bedeutend

geschwollen waren. Schon nach 10—12 Einspritzungen an verschiedenen Körperstellen beobachtete Vf. einen Rückgang sämmtlicher Krankheitserscheinungen. Die Beobachtungen von Binz und Högyes bei Thierexperimenten, dass örtlich keine Abscesse auftraten, fand Verf. bestätigt. Einige Kranke äusserten wenige Minuten nach der Einspritzung geringe Schmerzen, welche in der Regel nach kurzer Zeit schwanden. Die Haut war den nächsten Tag um die Einstichsöffnung nur wenig geröthet und bei Druck etwas empfindlich. Die Stelle war durch mehrere Tage erhaben, zeigte etwas grössere Resistenz, als die Umgebung und diese Erscheinung schwand nur allmälig.

Bei Jodoformöllösung zeigte sich die Reaction der Haut etwas stärker; durch 48 Stunden sah dieselbe erysipelatös geröthet aus, hingegen fehlte die Resistenz, da sich die Oellösung viel rascher resorbirte. Die Oellösung musste jedesmal unmittelbar vor der Einspritzung bereitet werden, da sich beim Stehen derselben durch Dissociation freies Jod abscheidet, welches die Lösung bräunt, wonach sie weniger gut vertragen wird.

Die Jodausscheidung im Harn konnte schon in den ersten zwei Stunden nach der Einspritzung nachgewiesen werden. Den bekannten Jodoformgeruch konnte Vf. weder in der Athemluft, noch im Schweisse, noch im Harn wahrnehmen. Das Allgemeinbefinden blieb ungestört. Bei der Dosis, welche er anwendete, trat, wahrscheinlich wegen zu geringer Menge, keine schlafmachende Wirkung ein, wie eine solche von Binz und Högyes an Thieren beobachtet wurde. Temperatur und Puls zeigten nach der Einspritzung derselben keine merkliche Aenderung.

Von einer Jodschmierkur findet man in der Literatur geringe Erwähnung. Billroth zog dieses Verfahren bei einer Kranken, mit einer Halsgeschwulst behaftet, in Anwendung, und Waller in Prag erwähnte im Vereine der Aerzte, dass er nach äusserlicher Anwendung der Jodpräparate in der Art der Schmierkur die ihnen zukommenden Heilresultate gesehen habe.

Der Umstand nun, dass bei Haut- und Syphiliskranken beim innerlichen Gebrauche von Jodkali nur allzu häufig die Erscheinungen des Jodismus auftreten, veranlasste Mises (28), den wenig betretenen Weg einer Jodschmierkur einzuschlagen, und er berichtet aus der Versuchsreihe nachstehenden Fall:

N. P., kräftiges Individuum, 30 Jahre alt, bot ausser einer leicht exulcerirten Initialsklerose am Präputium die Erscheinungen des maculo-papulösen Syphilides der allgemeinen Bedeckung nebst Röthung der Gaumenbögen und der Schleimhaut des Rachens dar. Die Schmierkur wurde an diesem Tage mit einer Salbe von Kali jod. 5,00, Vaselini 10,00 begonnen und nach Art der Hg-Kur durch 23 Tage, ohne dass sichtbare Störungen von Seite der Haut oder des Gesammtorganismus aufgetreten wären, durchgeführt. Die Efflorescenzen an der Haut sowie an der Schleimhaut bildeten sich im Laufe dieser Zeit bis auf einen geringen Rest zurück, ebenso der Initialaffect. Die Untersuchung des Harnes und des Speichels wies reichlichen Jodgehalt während und beim Schluss der Behandlung nach.

Fürbringer hat (**29**) neue Untersuchungen über die Resorption des Quecksilbers der grauen Salbe angestellt und gelangt zu folgenden Resultaten:

Es wirkt die Inunctionskur mit frischer (von oxydirtem Quecksilber freier) grauer Salbe bei intacter Haut und Schleimhaut 1. dadurch, dass die Metallkügelchen am Orte der Application durch das Einreiben in die Haartaschen und Talgdrüsengänge gedrückt und unter dem Einfluss des Drüsensecretes in eine lösliche resorptionsfähige Verbindung übergeführt werden; 2. dadurch, dass der durch die Respiration aufgenommene Quecksilberdampf sich an den zugänglichen Schleimhäuten regulinisch verdichtet und bei der Ablagerung eine resorbirbare lösliche Oxydationsstufe liefert. Dagegen dringen weder metallische Bestandtheile der grauen Salbe am Ort der Einreibung durch die unverletzte Haut, noch penetrirt der Metalldampf durch Schleimhaut oder Haut, um als solcher im Blute zu existiren.

Zu den genannten Wirkungsmomenten treten neue Factoren bei verletzter Haut und Schleimhaut; hier ist 3. zur Einwanderung von regulinischem Quecksilber in die Blutcirculation Gelegenheit gegeben, namentlich am Orte der Inunction bei Existenz blutender Hautstellen; sobald regulinisches Quecksilber in Contact mit dem lebenden Blute kommt, liefert es eine lösliche wirksame Verbindung; 4. von diesem mechanischen Eindringen der Metallkügelchen abgesehen, wird auch überall da, wo regulinisches Quecksilber (sei es direct, sei es durch Condensation der Dämpfe) sich auf verletzter Haut oder Schleimhaut (Wunden, Geschwüren etc.) ablagert, durch einfache Contactwir-

kung eine lösliche resorbirbare Verbindung gebildet. Aus demselben Grunde wird 5. auch der auf der Körperoberfläche regulinisch niedergeschlagene Dampf wirksam, sobald seine durch die Hautsecrete löslich gewordenen Oxydationsprodukte mit der Epidermis beraubten Hautbezirken in Contact kommen.

Ueber die Versuche selbst wird das Nähere im Originale nachzulesen sein.

v. Sigmund macht in einer populären Abhandlung (30) folgende bescheidene, aber wenigstens sofort ausführbare Vorschläge zur Beschränkung der Syphilis-Verbreitung: Bis es gelingen mag, die Staats- und Gemeindeverwaltungen zu bestimmen, in einsichtigere und thätigere Bekämpfung des grössten Weltfeindes durch eine kräftige, mit bedeutenden Geldmitteln und Vollmachten ausgerüstete autoritäre Action einzutreten, sollte die Gesellschaft zur Selbsthilfe schreiten und mit den unter den gegebenen Verhältnissen für sie eben verfügbaren Mitteln die Syphilis bekämpfen. Zu diesem Zwecke wäre, wie die Dinge heute liegen, die Gründung eines Vereines zum Schutze gegen Volksseuchen überhaupt empfehlenswerth, in welchem allerdings der Syphilis die meiste Beachtung zufiele, weil sie eben am zahlreichsten überall und immer besteht. Eine nur auf Syphilis beschränkte Vereinsbildung hätte keine Aussicht auf Erfolg, indem die öffentliche Meinung in ihrer Wohlthätigkeit noch viel zu befangen ist, um ihr gegenüber an Werken der Humanität sich offen ausgiebig zu betheiligen, während durch die Einschaltung der Syphilis unter die übrigen Volkskrankheiten auch vorurtheilsvollen und sittenstrengen Wohlthätern der Eintritt in den Verein offen bliebe. Als Sitz eines solchen Vereins kann nur eine grössere Hauptstadt mit lebhaftem Verkehr gedacht werden, in welcher in angemessenen Krankenanstalten obenan Fachkräfte vorhanden sind: Aerzte und ärztliche Hilfsbeamte, ferner Männer mit einflussreicher Stellung, mit Kenntnissen und humanen Gesinnungen, mit Arbeitslust und Geldkräften sollten sich vereinigen, um an die Ausführung der hier bezeichneten Massregeln werkthätig zu gehen.

Der Verein hätte als seine Aufgabe zu betrachten, zunächst eine möglichst vollständige statistische Uebersicht der Syphilis in seinem Kreise — Land und Gemeinde — zu verfassen und mit dieser in der Hand die Massregeln für Behandlang der Kranken und

für Verhütung der Krankheit in humanitärer, die bisherige Richtung der Syphilitischen vermeidender Weise; — durch frühzeitige Hilfeleistung in Ordinationsanstalten, welche in Verbindung mit Spitälern stehen, aus welchen letzteren jedoch Syphilitische principiell nicht auszuschliessen sind; — endlich durch ausgedehnte Controle in schonender aber kräftig gehandhabter Weise zu veranlassen oder doch wenigstens zu unterstützen. Eine solche, immer umfassender in alle Einzelheiten der Entstehung, Verbreitung und Behandlung der Syphilis eingehende Statistik, ferner die Erfolge der Massregeln zur Behandlung und der Abwehr würden die Grundlagen bilden zu der den sämmtlichen Ergebnissen weiter angepassten Wirksamkeit. Es schliesst eine solche Vereinsthätigkeit bekanntlich auch eine kluge, berechnete und wohl unterhaltene Anregung der Theilnahme der Gesellschaft durch Schrift und Wort in sich, und namentlich jene der Presse. Immerhin aber wird die Theilnahme von Gemeinden, Körperschaften (Fabriken, Innungen, Schifffahrt-, Handels- und Gewerb-Kranken- und Pflegevereinen, Bauunternehmungen, Dienstbotenverbänden u. s. w.) zweckmässig anzustreben sein.

Mit den günstigen Ergebnissen seiner Thätigkeit als Belegen vermag ein solcher Verein an die Organe der Gesetzgebung und Verwaltung in höherer und höchster Instanz dann vielleicht erfolgreicher jene Anträge zu stellen, welche von so vielen Seiten bisher vergeblich ausgesprochen worden sind. Es wird dem Vereine mit jenen Belegen auch gelingen, Zweigvereine zu gründen und, indem die Thätigkeit solcher immer weiter ausgedehnt, wohl auch in anderen Städten und Ländern Nachahmung findet, wenigstens theilweise jene allgemeinere Bekämpfung der Syphilis einzuleiten, welche von mehreren Sanitätscongressen als gleichförmige internationale Massregel auch letzthin wieder beantragt worden war. — Sollte indessen auch nur eine mittelbare Begünstigung und Unterstützung der Zwecke des Vereines von Seite der Behörden erreicht werden, so würde schon damit gegen die Verbreitung der Syphilis sehr viel Terrain gewonnen sein, und wenn dann einstens die Behörden selbst die planmässige Bekämpfung derselben in ihre eigene Hand nehmen, so werden die Vereine zu ihren besten mitwirkenden Vollzugsorganen gehören.

Varia.

Erasmus Wilson, der hochverdiente englische Dermatolog, gegenwärtig Präsident des College of Surgeons in London, ist von der Königin von England zum Baronet erhoben worden.

Die Leitung der Klinik für Syphilis an der Wiener Universität ist definitiv dem a. ö. Professor Dr. I. Neumann übertragen worden. Derselbe hat am 3. November 1881 folgende[1]) „Antritts-Vorlesung" gehalten:

„Meine Herren! Durch die Gnade Sr. Majestät unseres allergnädigsten Kaisers auf diese Lehrkanzel berufen, betrete ich diese Stätte mit den Gefühlen inniger Begeisterung, getragen von dem Bewusstsein, dass eine Körperschaft, wie das Wiener medizinische Professoren-Collegium, dessen Ruhm die ganze gebildete Welt erfüllt, sein Votum für mich abgegeben, getragen von dem Bewusstsein, dass eine das Wohl unserer Schule fördernde Regierung dieses Votum der a. h. Sanction unterbreitet hat und beseelt von dem aufrichtigen Willen, dem Fortschritt in der Wissenschaft, den Interessen des Unterrichtes und der Humanität auch meine Kräfte zu widmen.

Wer sollte auch nicht mit Stolz einen Platz in diesem altberühmten Hause, in dieser grossen Anstalt einnehmen, an der seit ihrer Begründung ein um das Fach hoch verdienter Mann ruhmvoll thätig war, auf dessen Vorschlag und Rath, durch dessen Kämpfe ein Institut geschaffen wurde, das zu den besten des Continents gehört.

Wie bekannt, wurde diese Klinik im Jahre 1849 gegründet und war vorher ein Anhang von zwei medizinischen Abtheilungen. Erst im Jahre 1869 wurde sie gleichzeitig mit der dermatologischen zur Universitätsklinik erhoben, den übrigen Universitätskliniken gleichgestellt und mit allen diesen zukommenden Rechten ausgestattet.

---

[1]) Nach dem authentischen Wortlaut hier wiedergegeben.

Harte Prüfungen waren es, welche die Wissenschaft, die hier gelehrt wurde, während der letzten Decennien zu bestehen hatte. Bald galt es Angriffen, welche das hier geübte therapeutische Verfahren betrafen, entgegenzutreten, bald waren neue Behandlungsmethoden, welche mit grosser Emphase in die Welt geschickt wurden, zu prüfen, bald prophylaktische Massregeln zu treffen. Allerorts wurden viele wissenschaftliche Streitfragen, wie z. B. das Verhältniss der constitutionellen Erkrankung zum primären Herd, die Inoculation der constitutionellen Syphilis, das Verhältniss der Erkrankung der Eltern zur Infection der Descendenten erörtert und geklärt, wenn auch in Vielem noch nicht endgiltig entschieden; die Erkrankungen der einzelnen Organe, wie z. B. des Gehirnes und Rückenmarkes, der Gefässe u. s. w. wurden eingehend studirt; endlich suchte man die Natur des Contagiums zu erforschen. Unsere Schule ist keiner dieser Fragen aus dem Wege gegangen; sie hat reiflich geprüft, ehrlich gearbeitet und ihr massgebendes Wort mit in die Wagschale gelegt.

Gehen wir auf die eben angedeuteten Fragen des Näheren ein, so brauchen wir nur auf jene zahlreichen Schriften hinzudeuten, welche vor etwa mehr als zwei Decennien die Behandlung der Syphilis mittelst Mercur bekämpften. Obwohl der Zweck der Antimercurialisten, den Mercur als Heilmittel der Syphilis ganz zu streichen, durch alle diese Publicationen nicht erreicht wurde, haben dieselben doch manche ernste Studie über die Wirkung des Quecksilbers, gleichwie über Aufnahme und Ausscheidung desselben von Seite des Organismus gefördert, gleichwie hiedurch der Missbrauch mit diesem Heilmittel wesentlich abgenommen hat. Wir wissen, dass bei Syphilis congenita, bei Retinitis syphilitica, Epilepsia syphil. das Quecksilber wahre Wunderdienste leistet; dasselbe daher in solchen Fällen verwerfen, hiesse die Gesundheit des Kranken absichtlich schädigen.

Eine ganze Reihe neuer Präparate und Behandlungsmethoden, wie z. B. die hypodermatische Behandlung, sind in der genannten Zeitperiode eingeführt worden, denen auch schon bestimmte Indicationen angewiesen sind.

Auch über die Art und Weise, in der das durch die Haut (als graue Salbe) eingeriebene Quecksilber in den Organismus gelangt, hat die Jüngstzeit endgiltige Resultate geliefert. Man glaubte ehedem, dass das Quecksilber theils während der Inunction ver-

flüchtigt und in Dunstform durch den Respirations-Apparat in den Organismus gelange, theils durch die unverletzte Epidermis in die Haut einzudringen vermag. Nunmehr ist festgestellt, dass es die Follikel der Haut sind, in welche die Quecksilberpartikelchen eindringen, dass von hier aus das Quecksilber zur Resorption gelange, dessen Uebergang in die inneren Organe auch auf chemischem Wege nachgewiesen werden konnte.

Auch die von Sperino und Boeck eingeführte Syphilisations-Methode zur Beseitigung der Syphilis ist an unserer Schule nicht unversucht geblieben und hat zur Ueberzeugung geführt, dass die Syphilis während, nicht aber durch die Syphilisation schwindet. Diese Methode ist heute zwar vom Schauplatze verschwunden, ist aber nicht ohne bleibenden Nutzen für die ganze Lehre von der Syphilis geblieben, indem der bis dahin als Dogma geltende Satz, dass der harte Schanker an seinem Träger nicht haftet, unwiderleglich umgestossen wurde.

Im Jahre 1815 lebte in Paris ein Arzt Namens Luna Calderon, dem es geglückt sein soll, eine das syphilitische Contagium neutralisirende Substanz gefunden zu haben, er verheimlichte jedoch dieses Mittel und späteren Versuchen ist es nicht mehr geglückt, ein solches Resultat zu erzielen. — Es ist zwar gelungen, z. B. durch eine Mischung von 0,001 Sublimat auf einen Tropfen Schanker-Materie und 100 Wasser das Virus unwirksam zu machen, in gleicher Weise auch mit Acidum aceticum glaciale. — Doch wirkten diese Substanzen nur dann destruirend, wenn sie vor der Impfung beigemengt wurden; ist der Ansteckungsstoff bereits eingedrungen, dann haben auch diese und andere Mischungen keine destruirende Wirkung. Es kommt allerdings bisweilen nach einem Coitus impurus vor, dass das Gift auf der unverletzten Haut lagert, und da dürfte es wohl möglich sein, dasselbe, ehe es eingedrungen ist, zu vernichten. Ist es aber einmal in den Organismus gelangt, dann lässt es sich in seinem weiteren Fortschreiten durch die Bahnen nicht mehr hemmen; es geht durch die Lymphgefässe und Venen. Man kann die Destruction mit energischen Mitteln, wie Ferrum candens, Kali causticum, Acidum sulphuricum versuchen. Dieselben müssen jedoch tief eindringen, wenn von ihnen überhaupt eine Wirkung erhofft werden soll, da jedes Schankergeschwür auch eine Infiltration der dasselbe begrenzenden Umgebung hat, welche selbst

dann noch zu inficiren vermag, wenn Ferrum candens das Geschwür zerstört und sich bereits der Schorf abgelöst hat (Boeck).

Selbst die Exstirpation des Hunter'schen Knotens ist als Prophylacticum nicht im Stande, dem Ausbruche der constitutionellen Syphilis vorzubeugen.

Auch den durch Syphilis bedingten Fiebererscheinungen wurden gerade in der Jüngstzeit eingehende Beobachtungen zugewendet, gleichwie der Instrumental-Untersuchung (Laryngo-Endoskopie) ein neues Feld eingeräumt wurde.

Ebenso wurde die, namentlich von Ricord, aufgestellte Behauptung, dass man an Syphilis nur einmal im Leben erkranke, in den letzten Jahren theils durch Experimente, theils durch genaue Beobachtungen widerlegt. Immerhin ist eine zweimalige Erkrankung höchst selten.

Auch bezüglich der Art der Inficirung haben sich die ehedem ganz divergirenden Ansichten geklärt. Lange Zeit glaubte man, dass die von einem Syphilitischen ausgeathmete Luft die Infection vermittelt, was wohl nicht erst widerlegt zu werden braucht. Durch Schweiss beim Aneinanderliegen zweier Personen, durch Benützung derselben Bettwäsche liess man Syphilis übertragen. Doch ist in solchen Fällen nur dann eine Ansteckung möglich, wenn wirklich Geschwüre oder epidermidale Verluste vorhanden waren; Versuche, welche Boeck angestellt hat, ergaben, dass syphilitische Materie, welche auf Leinwand getrocknet ist, schon nach 24 Stunden, wenn sie wieder aufgeweicht und geimpft wird, negative Impfresultate liefert. Ebensowenig vermittelt der Speichel die Infection, mit Ausnahme, wenn im Munde oder Halse syphilitische Geschwüre, Papeln, vorhanden waren; das Gleiche gilt auch von der Milch einer syphilitischen Amme, welche nur dann inficirt, wenn an der Brustwarze oder am Warzenhofe syphilitische Efflorescenzen vorhanden sind. Auch die Vaccinlymphe vermittelt die Syphilis nur dann, wenn derselben Blut beigemengt war. Ueberdies scheint das syphilitische Gift an und für sich verschiedene Intensität zu besitzen. So sahen wir bei der Syphilisation bald mehr oder weniger Reaction erfolgen. Ebenso beobachtet man, dass sich von einer syphilitischen Person mehrere Individuen inficiren können, und dass bei dem Einen leichte, bei dem Anderen schwere Symptome zum Vorscheine kommen. Auch hat die individuelle Constitution einen wesentlichen Einfluss auf den

Grad der Erkrankung. So tritt bei anämischen, scrophulösen, tuberculösen Individuen die Krankheit in viel schwereren Formen auf. Einzelne Krankheiten, wie Pneumonie, Erysipel, Pleuritis, Typhus, Puerperal-Krankheiten, verhindern den Ausbruch der syphilitischen Exantheme; vom Erysipel glaubte man sogar, dass es die schon vorhandene Erkrankung vollständig und gründlich zerstöre, was jedoch der Erfahrung nicht entspricht.

Dass das Blut Träger des syphilitischen Contagiums sein kann, ist eine Thatsache, welche experimentell zuerst von Waller in zwei, von einem Vereine pfälzischer Aerzte in drei Fällen beobachtet wurde; dieses wurde eigentlich schon in den ältesten Zeiten vermuthet.

Thomas Jordan hat schon im Jahre 1577 mitgetheilt, dass zu Brünn über 180 Personen durch Schröpfen in einer öffentlichen Badestube an Syphilis erkrankt waren. Schnitzer 1603 in Bamberg, Marcus Widmann 1624 in Winzheim beobachteten mehr als 70 Leute, die durch die gleiche Ursache syphilitisch wurden. Ebenso wurden Fälle durch Petry bekannt, nach welchen Soldaten durch Tättowiren ihrer Vorderarme syphilitisch wurden, indem der Tättowirende bei seinem Geschäfte die Nadel häufig in den Mund brachte und hiedurch inficirte.

Bei der Uebertragung der Syphilis durch den Samen ist es unentschieden, ob der Samen als solcher auch contagiös wirke, wie dies von einigen Beobachtern (Porter, Pratt, Colles) behauptet wird. Nach diesen soll der Same eines syphilitischen Mannes in die Vagina einer gesunden Frau gebracht, bei dieser — gleichviel ob sie gravida ist oder nicht — durch Absorption constitutionelle Syphilis hervorgerufen haben. Die Acten hierüber sind noch nicht geschlossen.

Einige Punkte jedoch sind es namentlich, auf deren Erforschung gerade in der Jüngstzeit nicht nur der Syphilidolog, sondern auch der pathologische Anatom ihr Augenmerk zugewandt haben, von deren weiterer Erforschung die nächste Zukunft dieser Doctrin abhängt. Sind schon bezüglich der Provenienz der hereditären Syphilis die Ansichten getheilt, ob dieselbe Erbtheil ausschliesslich von Seite des Vaters oder von Seite der Mutter ist, sind es noch mehr die anatomischen Veränderungen der Haut, der Knochen, Nerven und Gefässe, Eingeweide, welche, obzwar sie den Gegenstand ein-

gehender Untersuchung bilden, noch nicht zu positiven Ergebnissen geführt haben. Es ist heute nicht der Moment, detaillirt auf diese Fragen einzugehen, da diese mehr Gegenstand des weiteren klinischen Unterrichtes, als einleitender Worte sein können. Doch soviel ist jetzt schon bekannt, dass sich die Syphilis der Kinder in ihren Symptomen wesentlich von der der Erwachsenen unterscheidet, ja, noch mehr, es sind hier häufig ganz andere Symptome, welche nur auf die Diagnose hinweisen. Ich will dies durch einzelne Beispiele illustriren. Es sind bisweilen Kinder mit congenitaler Syphilis ungewöhnlich klein, kraftlos, ihre Haut runzelig, welk, greisenhaft, zu weit, um den Körper überall fest zu umschliessen, an der vorderen Fläche der Extremitäten kommen häufig ödematöse Schwellungen vor, die Haut ist mit dem Unterhaut-Zellengewebe und den Aponeurosen innig verwachsen (Bäumler), es finden sich oft Runzeln, die durch die Lippen nach der Mundöffnung gehen, etwa wie die Oeffnung eines Beutels, der mit einem Bande zusammengschnürt ist. Die inneren Organe derartiger Kinder sind häufig insufficient, um functioniren zu können. Anderseits kommen syphilitische Kinder anscheinend kräftig zur Welt, allmälig zehren sie ab und gehen theils an Atrophie, theils an Meningitis-Convulsionen zu Grunde, andere bleiben am Leben, sind jedoch geistig wenig entwickelt.

Nach solchen Beobachtungen darf man sich wohl nicht wundern, dass die Syphilidologen mit Ernst an die hereditäre Syphilis herantreten, die so tief in das Leben der Familie eingreift und dass sie Ehen, die eine solche Descendenz in ihrem Gefolge haben, abgesehen davon, dass die eine Ehehälfte auf die andere die Syphilis überträgt, nach Möglichkeit zu verhindern trachten. Aber auch die Syphilis bei Erwachsenen erzeugt ausser der pathologischen Veränderung an Haut und Schleimhaut Krankheitsherde genug, welche den Ernst der Erkrankung genügend illustriren. Abgesehen von gummöser Entartung der Lunge, des Herzens, der Leber und Milz, der Viscera überhaupt, wurde ja in der Neuzeit namentlich der syphilitischen Erkrankung der Nerven und Gefässe die grösste Aufmerksamkeit zugewendet. Wenn auch die Untersuchungen hierüber noch lange nicht endgiltig geschlossen sind, wissen wir doch durch Untersuchungen, dass es die Arterien der Gehirnbasis, und hier die kleineren der Arteria fossae Sylvii sind, welche in Folge von Syphilis erkranken. Wie oft findet man nicht Kopfschmerz,

Schlaflosigkeit, Schwindel durch Circulationsstörung in der Rindensubstanz, epileptoide Anfälle, Schwäche des Gedächtnisses, Apoplexie mit paretischen Erscheinungen, Hemiplegie, Aphasie, wie oft nicht Blindheit in Folge von Retinitis, Lähmung des N. Oculomotorius, Facialis, und zwar durch syphilitische Neubildungen?

Kann es in solchen Fällen wundern, wenn wir sagen, die Syphilis habe heute aufgehört, blos eine äussere Erkrankung zu sein, die an uns die Aufgabe stellt, sie nur von der Haut so rasch wie möglich zu beseitigen. Die Syphilis ist vielmehr eine Erkrankung des gesammten Organismus, welche nicht nur für die Functionen der einzelnen Organe, sondern für die gesammte Constitution des Individuums, für dessen Umgebung, für die Nachkommenschaft von der grössten Wichtigkeit ist. Blosse Streitfragen, ob Unität oder Dualismus, Hypothesen, ob Pilze die Ursache sind oder nicht — sind Fragen, welchen man nie aus dem Wege gehen wird und fast scheint es, dass die Wege zu deren Auffindung mindestens angebahnt sind. Die endgiltige Lösung dürfte, namentlich für die letztere Frage, noch lange ausbleiben. Ist sie aber einmal gefunden, dann wird sich diese Entdeckung wohl den grössten aller Jahrhunderte anschliessen.

Obwohl nun, meine Herren, der Fortschritt in den medizinischen Wissenschaften namentlich in den letzten Jahrzehnten durch die Ausbildung der Specialfächer gefördert wurde, müssen wir gerade für diese Specialität eine Reihe von anderen Wissenschaften mit in deren Bereich einbeziehen. Und soll der praktische Unterricht gefördert werden, dann kann und darf er sich nicht mehr auf die Erscheinungen beschränken, welche bloss durch Syphilis hervorgerufen sind, sondern er muss Dermatologie, Chemie und interne Medizin, vorwiegend Nervenpathologie mit in sein Bereich aufnehmen. Denn nur dadurch ist eine ernste Förderung für die Zukunft zu erwarten. Ob uns dies hehre Ziel gelingen wird, das kann ich heute nicht voraussagen. Dass es uns aber an ernstem Willen, dies anzustreben, nicht gebricht, dessen können Sie versichert sein. Eine Kraft reicht allerdings nicht hin, solchen grossen Zielen näher zu rücken, und es ist ja die Aufgabe einer Schule, junge, aufstrebende Kräfte heranzuziehen, welche unter Anleitung des Lehrers eine Doctrin mit auszubilden haben. Bei aller Anerkennung, welche man der Vergangenheit und namentlich jenen Männern zollen muss, welche bisher den beiden Fächern

Dermatologie und Syphilis vorgestanden, muss man auch der Zukunft, wenn man den Bau, dessen Grundpfeiler diese errichtet, weiter führen soll, den besten Willen, das ernste Streben und die beste Arbeit entgegenbringen. Mich trifft die Berufung auf diese Lehrkanzel in einer Lebensperiode und in einer socialen Stellung, in der man sich seine feststehenden Grundsätze gebildet hat. Viele von Ihnen, vielleicht sogar die meisten kennen meine Intentionen schon seit Jahren. Sie werden auch wissen, dass ich dem Worte auch die That folgen lasse. An dem besten Willen, an Ausdauer, an Liebe zur Wissenschaft, an den Gefühlen der Anhänglichkeit an unsere Schule, an treuer Pflichterfüllung gegen die Kranken, an Begeisterung sowie an aufrichtiger Freundschaft für meine Schüler wird es mir nie fehlen. Ich schliesse diese einleitenden Worte mit dem Motto: Vitam impendere vero!“

Bibliographie des Jahres 1881.

Dermatologie.

Erstes Verzeichniss.

Alison A., Ueber Revaccination bei Kindern. Arch. gén. 7. 8. VII. p. 657. Juni.

Allan, James W., Ueber die Incubation des Scharlachs. Brit. med. Journ. Jan. 29. p. 158.

Anderson, M'Call, Skleroderma adultorum. Glasgow med. Journ. XV. 3. p. 221. March.

Angelucci, A., Zur Aetiologie d. Molluscum contagiosum. Med. Centralbl. XIX. 3.

Atkinson, William, Ueber Scarlatina. Philad. med. and surg. Reporter XLIII. 23. p. 485. Dec. 1880.

Auspitz, Heinrich, System der Hautkrankheiten. Wien, Braumüller. 8. V u. 254 S. 7 Mk.

Benn, B., Ueber Anwend. des Alkohols bei Behandl. d. Erysipelas. Therap. Gaz. N. S. II. 3. p. 83. March.

Bernard, H., Ueber obligatorische Vaccination u. Revaccination. Gaz hebd. 2. S. XVIII. 14. p. 216.

Besnier, Ernest, Ueber die neueren Behandlungsweisen d. Lupus. Bull. de Thér. C. p. 1; Janv. 15.

Blondeau, Léon, Fall von Scarlatina mit unvollständ. Symptomen. L'Union 17.

Bomford, Gerald, Nervendehnung bei Lepra anaesthetica. Lancet I. 9; Febr.

Boon, A., Elephantiasis d. Unterschenkels; Amputation; secundäre Blutung; Ligatur d. Femoralarterie; Tod. Lancet I. 8; Febr. p. 293.

Breynaert, L. G., Bronchitische u. bronchopneumon. Anfälle bei Variola. Gaz. des Hôp. 3.

Burghard, Statistik d. Impfungen in d. Provinz Hannover für das J. 1879. Viertelj. f. gerichtl. Med. N. F. XXIV. 1. p. 175. Jan.

Caspary, Ueber H. Auspitz's System d. Hautkrankheiten. D. med. Wchnsch. VII. 4.

Celoni, Pietro, Ueber Scarlatina u. Nephritis scarlatinosa. Riv. clin. 3. S. I. 3. p. 129.

Collie, Fall von hämorrhagischen Pocken. Brit. med. Journ. Jan. 22. p. 161.

Colin, Léon, Variola bei zur Schaustellung herumreisenden Eskimos. Ann. d'Hyg. 3. S. V. p. 225. Mars. — Bull. de l'Acad. 2. S. X. 11. p. 356. Mars 15.

Cottle, Wyndham, Behandl. d. Tinea tonsurans mit Crotonöl. Brit. med. Journ. Febr. 26. p. 304.

Crocker, H. Radliffe, Ueber wahren Lichen und dessen verschiedene Formen. Lancet I. 8; Febr.

Dumas, Fall von Chromidrose. Gaz. hebd. 2. S. XVIII. 14.

Dunlop, Sycosis menti mit dem Anscheine einer bösartig. Geschwulst. Glasgow med. Journ. XV. 1. p. 56. Jan.

Fagan, J., Fälle von Naevus. Dubl. Journ. LXXI. p. 80. Jan.

Fehling, H., Zur Pemphigusfrage. Württemb. Corr.-Bl. LI. 4.

Finny, J. Magee, Ueber Behandl. d. Tinea tonsurans mit Crotonöl. Brit. med. Journ. Febr. 26.

Finny, J. Magee, a) Ueber einige locale Formen von Ekzem. — b) Acutes Ekzem mit besonderen Eigenthümlichkeiten. Dubl. Journ. LXXI. p. 1, 60, 311. Jan., April.

Gayton, W., Hämorrhagische Pocken; Heilung. Brit. med. Journ. April 9. p. 561.

Grawitz, Paul, Zur Theorie d. Schutz-Impfung. Virch. Archiv LXXXIV. 1. p. 87. — Deutsche med. Wchnsch. VII. 16.

Godlee, Rickman, J., Lupus, behandelt mit d. scharfen Löffel. Med. Times and Gaz. March 19.

Goucher, J. T., Fall von Sklerem. Philadelph. med. and surg. Reporter XLIV. 2. p. 54. Jan.

Hallett, Arnold, Zur Aetiologie der Leprose. New York med. Record XIX. 11; March p. 305.

Hardy, Ueber Pemphigus. Gaz. des Hôp. 5. 12.

Hay, Moriz, Die Technik d. Vaccination mit animaler Lymphe. Oesterr. ärztl. Ver.-Ztg. V. 7, 8.

Heiberg, H., Fall von Hautsarcom. Norsk. Mag. 3. R. XI. 1. Forh. S. 219.

Herterich, Zur Einführung animaler Vaccine. Bayr. ärztl. Intell.-Bl. XXVIII. 8.

Hillis, John D.; James Startin, Ueber Chaulmoogralöl und Gurjunöl gegen Leprose. Brit. med. Journ. April 9. p. 559.

Hoggan, George u. Frances Elizabeth Hoggan, Zur path. Histologie d. schmerzhaften subcutanen Geschwulst. Virchow's Archiv LXXXIII. 2. p. 233.

Illner, Franz, Heilung eines Lupus exulcerans mittelst Chrysophansäure. Memorabilien XXVI. 1. p. 29.

Impfgesetz, Zur Ausführung desselben. Deutsche med.Wchnsch. VII. 4. (Med. Beamten-Ztg. 2.)

Kaufmann, C., Urticaria nach Anwend. von Tinct. pimpinellae. Berl. klin. Wchnsch. XVIII. 8.

Köbner Heinrich, Ueber d. Behandlung d. Ekzem. Berl. klin. Wchnsch. XVIII. 3. p. 41.

Köbner, Heinrich, Beschleunigte Heilung des Lichen ruber exsudativus durch subcutane Arsenikinjectionen. Deutsche med. Wchnsch. VII. 1.

Klouman, G., Bericht über die Pockenepidemie in Christiania im J. 1880. Norsk. Mag. 3. R. XI. 3. S. 149.

Kyber, Eduard, Ueber d. universale diffuse congenitale Keratom d. menschl. Haut. Wien. med. Jahrb. IV. p. 397. 1880.

Lagneau, Gustave, Variola-Epidemie in Paris. Ann. d'Hyg. 3. S. V. p. 30; Janv.

Lassar, Ueber Behandl. d. Ekzem. Berl. klin. Wchnsch. XVIII. 2. p. 29.

Lawrie, L., Lepra anaesthetica, behandelt mittelst Dehnung beider NN. ulnares und beider Ischiadici. Lancet I. 11; March.

Liveing, Robert, Ueber Behandlung der Tinea tonsurans mit Crotonöl. Brit. med. Journ. Febr. 12.

Liveing, Robert, Zucker im Harn bei chron. Ekzem. Lancet I. 11; March.

Lindseth, Ueber eine Rubeola-Epidemie. Norsk. Mag. 3. R. XI. Forh. S. 241.

Long, Pocken im Cantonalhospital in Genf 1879 u. 1880. Revue méd. de la Suisse Romande I. 3. p. 151.

Mc Nalthy, Francis Charles, Ueber Scarlatina. Dubl. Journ. LXXI. p. 185. Febr.

Morris, Malcolm, Ueber Diagnose u. Behandl. d. Tinea tonsurans. Lancet I. 5. 7; Jan., Febr.

Neumann, Isidor, Atlas der Hautkrankheiten. 72 Tafeln in Chromolith., ausgeführt von Dr. J. Heitzmann. Mit beschreib. Texte. 1. Lief. Wien, Braumüller. Fol. 18 S. mit eingedr. Holzschnitten u. 6 Taf. 10 Mk.

Neumann, Is., Ueber Psoriasis vulgaris. (Wien. Klinik, herausgegeben von Schnitzler. VII. 2.) Wien, Urban u. Schwarzenberg. gr. 8. S. 19—42.

Pemphigus, zur Casuistik. Wien. med. Presse XXII. 4, 6, 8.

Pepper, Wm., Ueber locales Oedem. Philadelph. med. and surg. Reporter XLIV. 12. p. 309. March.

Piffard, Henry G., Hoang-Nan gegen Leprose. New York med. Record XIX. 11; March p. 305.

Riegel, Ueber Impetigo contagiosa. Berl. klin. Wchnsch. XVIII. 13.

Rochard, Jules, Miliaria-Epidemie auf der Insel Oleron im Sommer 1880. Bull. de l'Acad. 2. S. X. 9. p. 272. Mars 1.

Sangster, Alf., a) Pruritus universalis. — b) Nagelerkrankung. c) Molluscum contagiosum. Med. Times and Gaz. Febr. 26. p. 238, 239.

Scarlatina in Stockholm. Hygiea XLII. 9. Sv. läkaresällsk. förh. S. 137. 1880.

Schüller, Max, Ueber die Stellung des Lupus zur Tuberculose. Chir. Centr.-Bl. VIII. 7.

Schuyler, Clarkson C., Ueber Pocken. Philadelph. med. and surg. Reporter XLIV. 8. p. 204. Febr.

Schwimmer, Ernst, Ueber Systematik d. Hautkrankheiten. Wr. med. Wchnsch. XXXI. 9, 10.

Simon, Oscar, Ueber neuere Behandlungsweisen d. wichtigsten Hautkrankheiten. Aerztl. Ver.-Bl. f. Deutschl. Febr.

Simonton, A. C., Ueber Hyperidrosis. Therap. Gaz. N. S. II. 3. p. 86. March.

Smith, Alder, Ueber Behandlung der Tinea tonsurans mit Crotonöl. Brit. med. Journ. March 12. p. 387.

Sorel, Scarlatina; Hyperpyrexie; Convulsionen; kalte Bäder; Heilung. L'Union 24.

Squire, Balmanno, Ueber Anwendung der Chrysophansäure bei Hautkrankheiten. Brit. med. Journ. Jan. 22. p. 119. — Ueber Leucoderma. Ibid. April 12.

Stowers, J. Herbert, Tinea tonsurans mit Alopecia areata. Lancet. I. 9; Febr.

Sweeting, R. D. R., Unterdrückte Variola haemorrhagica, Complication mit Nierensteinen; Tod. Lancet I. 9; Febr.

Thin, George, Ueber Behandlung d. Psoriasis mit Pyrogallussäure. Lancet I. 15; April.

Ulrik, A., Ueber animale Vaccination. Hygiea XLII. 11 och 12. Sv. läkaresällsk. förh. S. 214. 1880.

Vaccination, Gegner derselben in der Acad. royale de méd. de Belgique. Presse méd. XXXIII. 6—12.

Vaccination u. Revaccination, obligatorische. Bull. de l'Acad. 2. S. X. 13. p. 397. Mars 29.

Vollbrecht, H., Ueber Impferysipel. Jahrb. f. Kinderheilk. XII. 5 u. 6. p. 445.

Virchow, Rud., Ueber Tubercula dolorosa. Virch. Arch. LXXXIII. 2. p. 392.

Warren, J. Collins, Columnae adiposae. A newly described structure of the cutis vera, with its pathological significance in carbuncle and other affections. Cambridge. Printed af the Riverside Press. 8. 28 pp. with 4 plates.

Weidenbaum, G., Zur Therapie d. Variola. Petersburg. med. Wchnsch. VI. 6.

Weinlechner, Ueber Elephantiasis Arabum. Wien. med. Presse XXII. 10. p. 305.

Wertheim, Gustav, Analytische Diagnostik der Krankheiten im Gebiete der Dermatologie u. Syphilis, verbunden mit therapeut. Rathschlägen. Wien, C. Gerold's Sohn. gr. 8. 41 S. 1 Mk. 40 Pf.

Yarrow, G. E., Ueber Vaccination u. Revaccination. Lancet I. 14; April.

Syphilis.

Erstes Verzeichniss.

Alexander, Einseitige Pupillen- und Accommodat-Lähmung auf syphilit. Basis. Deutsche med. Wch. VII. 40, 41.

Alexander, William, Gonorrhöe mit folgender Geschwulst am Unterleib; Entleerung des Inhaltes d. Geschwulst mittelst Aspiration; Heilung. Lancet I. 14; April.

Apolant, E., Ueber die Uebertragbarkeit d. Syphilis vom Kinde auf die Mutter. Berl. klin. Wchnsch. XVIII. 6.

Aufrecht, E., Ueber d. Befund von Syphilis-Micrococcen. Med. Centr.-Bl. XIX. 13.

Behrend, Gustav, Zur Lehre von der Vererbung der Syphilis. Berl. klin. Wchnsch. XVIII. 8, 9.

Bryce, C. A., Ueber Chancroid. New York med. Record XIX. 5; Jan.

Chiari, H., Endarteriitis luetica bei einem Kinde. Wien. med. Presse XXII. 9. p. 273.

Dana, Charles L., Ueber d. Benignität d. Syphilis. New York med. Record XIX. 6; Febr.

Da Costa, J. M., Ueber syphilit. Spinalparalyse. Michigan med. News IV. 4; Febr.

Dunlop, Syphilit. Geschwür an der Lippe; Heilung mittels des Thermocauterium. Glasgow med. Journ. XV. 3. p. 190. March.

Finlayson, James, Hämatom d. Pericranium bei einem Kinde, Hydrocephalus vortäuschend u. mit Syphilis zusammenhängend. Glasgow med. Journ. XV. 3. p. 190. March.

Fournier, Alfr., Syphilis u. Ehe; a. d. Französ. übersetzt von Dr. P. Michelson. Berlin, Hirschwald. 8. XII u. 216 S. 5 Mk.

Fournier, Osteitis d. Nase und d. Schädel syphilit. Ursprungs. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx VII. 1. p. 13.

Fournier, Ueber ulceröse Syphiliden an den Genitalien. Gaz. d. Hôp. 23. — Indurirte Syphiliden u. Umwandlung eines Schankers in eine Schleimpapel. Ibid. 37.

Gibier, Ueber Excision des syphil. Schankers. L'Union 45.

Gosselin, Acute Urethritis. Gaz. des Hôp. 32.

Gouguenheim, Ueber secundäre syphilit. Laryngitis. Gaz. de Paris 3. p. 29.

Guibout, Ueber Syphilis bei Scrophulösen. Gaz. des Hôp. 29.

Huizinga, J. Menno, Zur Bekämpfung der Syphilis. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 7.

Landowski, Paul, Ueber secundäre Syphiliden und deren Behandlung. (Krit. Uebersicht.) Journ. de Thér. VIII. 1. p. 14; Jan.

Martineau, Behandlung d. Syphilis, Gaz. des Hôp. 6.

Martineau, L., Ueber Verbreitung und Prophylaxe d. Syphilis. L'Union 48.

Mauriac, Charles, Ueber Excision des syphil. Schankers. Gaz. des Hôp. 7, 10, 14.

Nicaise, Blennorrhagie; Phlegmone periurethralis. Gaz. d. Hôp. 38.

Parker, W. Thornton, Kautschukröhre mit seitlichen Oeffnungen zur Anwendung bei Tripper. Boston med. and surg. Journ. CIV. 9. p. 203. March.

Reuss, L. M., Ueber Syphilis bei Kindern. Journ. de Thér. VIII. 5. p. 172. Mars.

Ringk, Otto, Zur Behandlung d. Syphilis. Med. Centr.-Ztg. L. 8.

Rosenthal, M., Zur Charakteristik d. Myelitis und Tabes nach Lues. Wien. med. Presse XXII. 3, 6, 7, 9.

Schiffers, Larynxsyphilis, complicirt mit acuter Respirationsparalyse. Journ. de Brux. LXXII. p. 15. 117. Janv., Févr.

Sturgis, F. R., Gummöse Infiltration d. Inguinaldrüsen mit pustulös-borkigem Syphilid im Gefolge. Boston med. and surg. Journ. CIV. 5. p. 108. Febr.

Terrillon u. Mallassez, Zur patholog. Anatomie d. consecutiven Epididymitis. Gaz. des Hôp. 21.

Ward, Whitfield, Ueber tertiäre Syphilis des Halses u. deren Behandlung. New York med. Record XIX. 9; Febr.

Warner, Francis, Fälle von angeborner Syphilis. Lancet I. 5; Jan. p. 173.

Wistler, W. Mc Neill, Ueber syphilit. Larynxstricturen. Arch. of Laryngol. II. 1. p. 23.

Wilmart, Lucien, Schanker mit Ausgang in Induration; operative Entfernung d. Syphilom. Presse méd. XXXIII. 2.

Autoren-Register.

A.

Abelin 158.
Amicis de 686.
Arnozan und Vaillard 560.
Atkinson 144.
Aubert 564, 565.
Aufrecht 697.
Auspitz 165.

B.

Behrend 516, 690.
Benedikt 687.
Bergeron 570.
Billroth 553.
Blondeau 523.
Bokai 115.
Bouveret 490.
Bulkley 129, 512.
Bull 552.
Byers 550.

C.

Campana 673.
Caspary J. 35.
Charlouis M. 431.
Cheine 119.
Chiari 690.
Chvostek 325.
Cooper 161.
Coudray 128.
Cube v. 679.
Curtis 543.

D.

Diday 676.
Duhring A. 165.

E.

Egan 119.
Erb 688.
Eröss 158.

F.

Finger E. 256, 671, 695.
Finny 512.
Flemming 485.
Fournier 516, 700.
Frank 678.
Fürbringer 702.

G.

Gaillard 554.
Galeszowsky 160.
Gamberini 699.
Gaucher 512.
Gibier 676.
Godlee 558.
Gowers 687.
Gschirhakl 166.
Grünfeld 160, 166.

H.

Hampeln 531.
Hardaway 554.
Harlingen van 160, 529.
Heitzmann 562.
Hebra H. v. 603.
Hoggan Elizabeth u. George 556, 561.
Holm 148.
Huguenard 117.
Hutchinson 130.

I. J.

James 119.
Jarisch A. 621.
Illner 559.
Jullien 677.
Iwanowsky 559.

K.

Kaposi 503, 507.
Koebner 514, 546.
Kohn S. 581.
Koren 523.
Krause 483.
Krówczyński J. 101.
Küchenmeister 119.

L.
Lang Eduard 469.
Lassar 513.
Leloir 499, 535, 674.
Lewin 514.
Lutz 532.

M.
Makenzie 533.
Mansurow N. 391.
Marcacci 538.
Martineau 128, 700.
Mauriac 116, 674.
Merkel 486.
Mesterton 162.
Meyer L. 688.
Michelson P. 467, 468.
Miller 519.
Mises 701.
Mitchell 534.
Moebius 130.
Morris 569.

N.
Neisser 505, 507.
Neumann Is. 542, 705.
Nowatschek 121.

P.
Purdon 507.

R.
Renaut 486, 525.
Reumont 689.
Rey 145.
Richardson 527.
Rieger Conrad 189.
Rinecker 693.
Rindfleisch 282.
Rizet 144.
Robert 143.
Robinson 522.
Rosenthal M. 24.
Rosner 683.
Roth 543.
Rothe 521.
Rüder 556.

S.
Salzer 122.
Schiff 687.
Schirajew 127.
Schuster 87, 537.
Sigmund v. 703.
Skrzeczka 163.
Smythe 501.
Sorel 541.
Stowers 570.

T.
Tatarczuch 683.
Thin 551.
Thomann 700.
Thost 544.
Tourton 488.
Troizki 517.

U.
Unna P. G. 3, 287, 295, 508, 514.

V.
Vaillard und Arnozan 560.
Vajda 119.
Vaulair 549.
Vidal 533.
Voss 545.

W.
Wagner E. 684.
Weber 566.
Weidenbaum 526.
Willcox 552.

Z.
Zeitlin 119.
Ziemssen v. 532.

Sach-Register.

A.

Seite

Abortivmethode der Syphilis, die Chancre-Zerstörung als — von Leloir 674
Acne disseminata und Sykosis, Beitrag zur Pathogenese und Behandlung, von Behrend 516
Acne rosacea, electrolytische Behandlung der — von Mitchell . . . 534
Ainhum, über — von Da Silva Lima 539
Alopecia areata, tinea tonsurans begleitet von — von Stowers . . . 570
Amerikan. dermatolog. Gesellschaft, Bericht über deren vierte Jahressitzung 1880 in Newport 574
Anatomie der Haut, aus den Vorlesungen über allgemeine — von Renaut 486
Anatomie des Eczems, Beitrag zur Pathologie der — von Gaucher . 512
Arsen-Injectionen, subcutane, beschleunigte Heilung der Lichen ruber durch — von Koebner 546
Arznei-Ausschläge, von van Harlingen 529
Arznei-Exanthem, über ein — von Hampeln 531
Ataxie, locomotorische und Syphilis, von Gowers 687
Atropin gegen Spermatorrhoe und Pollutionen, von Nowatschek . . 122

B.

Bacilla medicamentosa, therapeut. Notiz von Dr. P. Michelson in Königsberg 467

C.

Cystitis und Pyelitis blennorrhagica, von Finger 691

D.

Damiana, über — von Egan 119
Dermatologische Section des siebenten internationalen med. Congresses in London 1881, Verhandlungen der — von Hebra (Bericht) . . . 649

E.

Eczem, Beitrag zur pathol. Anatomie des — von Gaucher 512
Eczem-Formen, praktische Bemerkungen über einige locale — von Finny 512
Eczem-Therapie des — von Lassar 513, Lewin, Koebner 514
Elephantiasis der Nase, von Schuster, ... 537
Elephantiasis venosa ein Fall von — Marcacci 538
Endarteriitis luetica, hochgradige, an den Hirnarterien eines 15monatlichen Mädchens bei sicher constatirter Lues, von Chiari . . . 690
Endoskopie der Harnröhre und Blase von Dr. G. Grünfeld, besprochen von Dr. Gschirhakl 166

Seite

Epithelial-Carcinom der Haut bei mehreren Kindern einer Familie, über — von Rüder 566
Erysipel, Carbolsäure äusserlich bei — von Rothe 521
Erysipel, Krankenhaus-Epidemie, von Miller 519
Erythema, ein Fall von — Privatmittheilung an Prof. Auspitz von Lutz 532
Erythema nodosum, über — von Ziemssen 532
Exfoliation, kreisförmige der Hohlhand und der Zunge, über — von P. G. Unna in Hamburg 295
Exophthalmus, Paralyse der Augenmuskel, hereditäre Syphilis bei einem zwölfjährigen Knaben — von Galezowski 160

F.

Favus, Behandlung des — von Weber 566
Favus, Diagnostik des — von Aubert 565
Favus, Rolle der Traumen in der Aetiologie des — von Aubert . . 564
Fieber, essentielle und Immunität gegen Pilzkrankheiten, von Prof. Rindfleisch in Würzburg 281
Fractur, spontane des Femur an der Stelle eines syphilit. Knotens, von Hutchinson 130
Frenular-Verletzungen die — ihre Entstehung und ihre Behandlung, von Mračeк 126
Fussschweisse, übelriechende, über Ursache und Behandlung der — von Thin 551, von Willcox 552, von Bull 552

G.

Geschwulst, schmerzhafte subcutane, zur pathologischen Histologie der — von Georgc und F. Elizabeth Hoggan 561
Geschwülste der Haut, über — von Heitzmann 562
Gonorrhoe, die abortive Behandlung des entzündlichen Stadiums der — von Küchenmeister 119
Gonorrhoe, eine neue Behandlungsmethode der — von Reiner 119, von James 119
Gonorrhoe, Phlegmone und periurethrale Abscesse bei — Gazette des Hôpitaux 1880 116
Gonorrhoe, über eine der — eigenthümliche Mikrokokkenform, von Bokai 115

H.

Haemoglobinurie erzeugende Wirkung des Naphthol — von Neisser 505
Haemoglobinurie erzeugende Wirkung des Naphthol, Discussion über die — von Kaposi und Neisser 507
Harnröhre und Blase, Endoskopie der — von Dr. J. Grünfeld, besprochen von Dr. Gschirhakl 166
Hautkrankheiten, Frageliste der IX. Section des internatinalen Congresses in London 178
Hautkrankheiten, Heilmittel, ein neues gegen — (Naphthol) von Kaposi 503
Hautkrankheiten, Schwefel und dessen Verbindungen angewendet bei — von Bulkley 502
Hautmyome, multiple, glattfaserige, von Arnozan und Vaillard . . 560
Haut-Pseudomembranen, ein Beitrag zum Studium der Structur und Entwicklung der — und jener der Schleimhäute, von Leloir . . 499

Seite

Haut und Haar, der Farbenwechsel von — ohne bekannte Ursache, von Smythe 501
Hepatitis syphilitica, Leber-Syphilis über — von Prof. Dr. Chvostek 325

I.

Ichthyosis histrix congenita, ein Fall von — von Curtis 543
Ichthyosis palmaris et plantaris corneae, über erbliche — von Thost 544
Immunität und essentielle Fieber, von Prof. Dr. Rindfleisch in Würzburg 281
Initial-Sklerosen, Excision — von Dr. J. Krówczyński 101
Initial-Sklerosen, Schieber-Pincette für die Excision der von Dr. P. Michelson in Königsberg 468
Inoculation, syphilitische, zufällig hervorgebracht durch Tätowiren, von Robert 143

K.

Kaliumäthylat, Beobachtungen über — von Richardson 507
Kinderpraxis, Mittheilungen aus der — von Abelin 158
Knochen-Syphilis, Pseudo-Paralyse und intermittirender Laryngospasmus bei einem Kinde, von van Harlingen 160
Krätze, über von Fournier 516
Krebs-Infection, über die Rolle der Lymphgefässe der Haut bei der — von George und Elizabeth Hoggan 556

L.

Larynx-Erkrankung bei einem kleinen Mädchen, syphilitische — von Erőss. (Mitth. aus dem Pester Armenkinderspitale, Prof. Bokai) 158
Lepra anaesthetica, zur klinischen Charakteristik der, von Prof. Rosenthal in Wien 25
Lepra tuberosa, über Veränderungen der Lymphdrüsen bei — von Iwanowsky 559
Lichenoide, über das — der Zunge, von Vanlair 549
Lichen ruber exsudativus, beschleunigte Heilung des — durch subcutane Arsen-Injectionen, von Koebner 546
Lupus durch Ausschabung mit Volkmann's scharfem Löffel behandelt, von Godlee 558
Lupus exulcerans, Heilung eines Falles von — mittels Chrysophansäure, von Illner 559

M.

Meningeal-Irritation bei beginnender Syphilis. Aus einem Vortrage des Prof. Dr. Lang 469
Mull-Präparate, über die therapeutische Anwendung von Salben- und Pflaster- — von Unna 514
Myome, multiple, plattfaserige der Haut, von Arnozan und Vaillard 560

N.

Naphthol gegen Hautkrankheiten, von Kaposi 503
Naphthol, Hämoglobinurie erzeugend, von Neisser 505
Narben, Behandlung von — von Unna 505
Natrium bicarbonicum bei Verbrennungen aller Grade, von Troizki . 517
Natronäthylat bei Neubildungen auf der Haut, empfohlen von Purdon 507

Seite

Natronäthylat, Untersuchungen über das — und Beobachtungen über das Kaliumäthylat, von Richardson 507
Nervenendigungen innerhalb der terminalen Körperchen, von Krause 483
— Bemerkungen zu Herrn Krause's Aufsatz über — von Merkel . . 486
Nervenendigung, zur Kenntniss der sensiblen — nach Arbeiten Ernst Fischer's, von Flemming 485
Nervöse Störung bei florider Syphilis der Secundärperiode, über eine constante — von Dr. Finger in Wien 255
Neugeborenen, Syphilis-Vererbung und Uebertragung bei — von Grünfeld 160

O.

Onychia maligna chronica von Billroth 553
Onychopathologie, anatomisch-physiologische Vorstudien zu einer künftigen — von Dr. P. G. Unna 3

P.

Papillom der Haut, klinische Studie von Hardaway 554
Pigment-Naevus, allgemeiner — von Gaillard 554
Pityriasis rubra bei einem Ichthyotischen, ein Fall von — von Byers 550
Pocken, zur Therapie der — von Weidenbaum 526
Polypapilloma tropicum (Framboesia) von Dr. M. Charlouis in Samarang (Java) 431
Präpustulation und Pustulation der Pocken. Neue Untersuchungen über die — von Renaut 525
Priapismus, ein Fall von langdauerndem — nebst Bemerkungen über die Beziehung desselben zur Leukämie, von Salzer 122
Prurigo des kindlichen Alters, ist sie eine heilbare Krankheit? von I. Neumann 542
Prurigo senilis, über — von Roth 543
Pseudomembranen auf Haut und Schleimhaut, Beitrag zum Studium der Structur und Entwicklung der — von Leloir 499
Psoriasis, Behandlung der — von Guibout 546
Psoriasis, Behandlung der — mit Sublimatbädern, von Voss 545
Pyelitis und Cystitis blennorrhagica, von Finger 671

Q.

Quecksilber-Abdunstung aus dem Unguentum hydrargyri cinereum bei der Inunctionskur, von Dr. Wings 590
Quecksilber-Präparate, Behandlung der Syphilis mit subcutan applicirten — von Mesterton 162
Quecksilber, Resorption und Wirkung bei Anwendung der grauen Salbe, von Fürbringer 702

R.

Ringworm, über Diagnose und Behandlung des — von Morris . . . 569
Rhinophyma das — von Dr. H. v. Hebra in Wien 603
Rötheln, die Diagnose bei — von Robinson 522
Rückenmarksbefund in 7 Fällen von Syphilis, von Dr. Ad. Jarisch . 621

S.

Scarlatina fruste, ein Fall von — von Blondeau 523
Scarlatina, Mittheilungen über — von Koren 523

Seite
Schanker, Chancroid und ihre Metamorphosen (Klinik von Rinecker in Würzburg), von Dr. Rieger 189
Schanker-Excision, über die — von Mauriac 674
Schanker-Excision nach 48stündigem Bestande, von Mauriac 675
Schanker-Excision, Apologie für die — von Diday 676
Schanker-Excisionen, zwei, von Gibier (de Savigny) 676, von Jullien 677
Schanker, harte, an den Tonsillen, von Schirajew 127
Schanker-Zerstörung als Abortiv-Methode der Syphilisbehandlung, von Leloir 674
Schwefel und seine Verbindungen, über den Nutzen des — bei Hautkrankheiten, von Bulkley 502
Schweisse, krankhafte — von Bouveret 490
Schweiss, Reaction des — von Tourton 488
Skin, a practical Treatise on Diseases of the by Louis A. Duhring, Philadelphia. II. Edition, besprochen von Auspitz 165
Spermatorrhöe und Pollutionen, Atropin gegen — von Nowatschek 122
Sublimatbäder, Behandlung der Psoriasis mit — von Voss 549
Sykosis und Acne, Beitrag zur Pathogenese und Behandlung der — von Behrend 516
Syphilide der Vulva, von Coudray 128
Syphilid, serpiginöses, tuberculöses, in der Schulterblattgegend ohne vorhergegangene Erscheinungen der Syphilis, von Bulkley . . . 129
Syphilis, Befund im Rückenmarke in 7 Fällen von — von Dr. Adolf Jarisch 621
Syphilis, Behandlung der — mit subcutan injicirten Quecksilberpräparaten, von Mesterton 162
Syphilis, constitutionelle, und die davon abhängigen Nierenkrankheiten, von E. Wagner 684
Syphilis der fibrösen Gewebe und der Sehnenscheiden, von Dr. N. Mansurow 391
Syphilis der Knochen bei einem Kinde, Pseudoparalyse und intermittirender Laryngeal-Spasmus, von van Harlingen 160
Syphilis der Lungen, von Frank 678, v. Cube 679, Rosner . . . 683
Syphilis der Secundärperiode, über eine constante nervöse Störung bei florider — von Dr. E. Finger 255
Syphilis, Fälle einer zweimaligen — von Rizet 144
Syphilis, Heilbarkeit der — von Dr. Schuster in Aachen 87
Syphilis kleiner Kinder, Untersuchungen über die Temperaturen bei — von Holm 148
Syphilis, Massregeln gegen die Verbreitung der — von Skrzecka . . 163
Syphilis, Meningeal-Irritation bei beginnender —, aus einem Vortrage des Prof. Dr. E. Lang 469
Syphilis-Mikrokokken, über den Befund von — von Aufrecht . . . 697
Syphilis, Muskel- und Knochen-, von de Amicis 686
Syphilis nach Racen und Klimaten, von Rey 145
Syphilis, secundäre, der Vaginal-Portion, von Martineau 128
Syphilis, Therapie derselben nach Fournier und Martineau . 699, 700
Syphilis, Therapie derselben nach dem jetzigen Standpunkte, von v. Sigmund 703
Syphilis und locomotorische Ataxie, von Gowers 687
Syphilis und Tabes, neuere Beobachtungen über die Beziehungen zwischen — von Moebius 130
Syphilis, Unheilbarkeit angebliche der — über die — von Gamberini (Bericht von Schiff) 699
Syphilis-Vererbung und Uebertragung bei Neugeborenen, von Grünfeld 160

Seite
Syphilis-Vererbung, zur Lehre der — von Behrend 690
Syphilis, zwei Fälle von sehr frühzeitig erworbener — von Atkinson 144
Syphilis hereditaria, Exophthalmus, Augenmuskel-Paralyse bei einem 12jährigen Knaben, von Galezowsky 160
Syphilis hereditaria, zur Genese der — Vortrag im Vereine f. wissensch. Heilkunde in Königsberg im December 1880, von J. Caspary . 35
Syphilis, Jodoform-Einspritzungen, subcutane bei — von Thomann . 700
Syphilis, Jod-Therapie, zur — von Mises 701
Syphilitische Daktylitis, zur Kenntniss der — von Mračeck 130
Syphilitische Erkrankung des Larynx bei Kindern, ein Fall von — von Eröss 158 (Prof. Bokai, Pester Armenkinderspital) 158
Syphilitische Geschwüre, Behandlung schwer heilbarer, speciell durch Wasserbäder, von Cooper 161
Syphilitische Hepatitis, Leber-Syphilis, über — von Prof. Dr. Chvostek 325
Syphilitische Initial-Erkrankung der Vaginalportion, von Dr. Fr. Mračeck 47
Syphilitische Inoculation, zufällig hervorgebracht durch Tätowiren, von Robert 143
Syphilitischer Knoten, spontane Fractur des Femur an der Stelle eines — von Hutchinson 130

T.

Tabes, Aetiologie, Prognose u. Therapie der — von Benedikt 687, Meyer 688
Tabes und Syphilis, neuere Beobachtungen über die Beziehungen zwischen — von Moebius 130, Erb 688, Reumont 689
Temperatur, Untersuchungen über die — bei syphilitischen Kindern, von Holm 148
Tinea tonsurans begleitet von Alopecia areata, von Stowers 570
Traumen, Rolle von — in der Aetiologie des Favus, von Aubert . . 564
Trichophyten-Epidemie, eine — von Bergeron 570
Trichorrhexis nodosa, über — von Dr. S. Kohn 581
Trippergicht, über knotige — von Huguenard 117

U.

Ulcus phagedaeno-gangraenosum, von Campana 673
Urethral-Blennorrhöe, eine neue Behandlungsweise der — beim Manne, von Vajda 119
Urethritis, erfolgreiche Behandlung durch inneren Gebrauch von Kalium chloricum, von Zeitlin 119
Urticaria pigmentosa, über — von Mackenzie 533
Urticaria, über — von Vidal 533

V.

Verbrennungen aller Grade, Natrium bicarbonicum bei — von Troizki 517

W.

Wasserbäder, Behandlung mit — bei schwer heilbaren, speciell syphilit. Geschwüren, von Cooper 161
Werlhof'sche Krankheit nach einer Verletzung der Harnröhre aufgetreten, von Sorel 541
Wilson Erasmus zum Baronet erhoben 705

Z.

Zungenoberfläche und Zungenbelag im normalen Zustande, von Dr. P. G. Unna in Hamburg 287

C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei (M. Salzer) in Wien.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

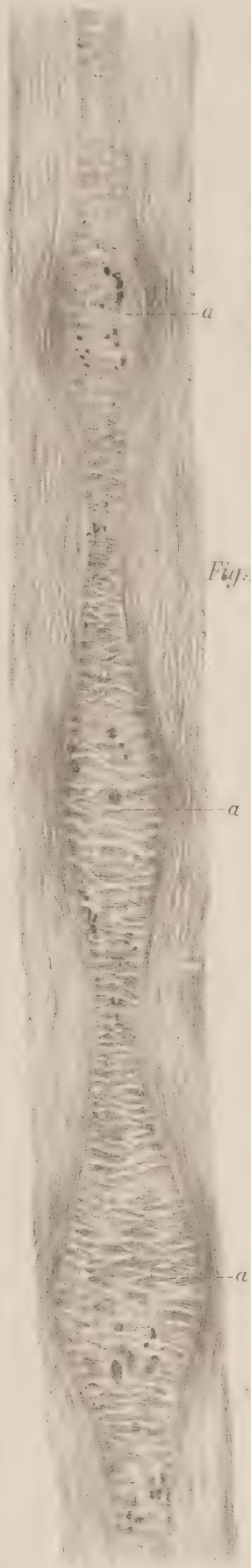


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Gez. u. lith. v. Dr. J. Heitzmann, Druck v. J. Appel's Nachfg. Wien

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 4.

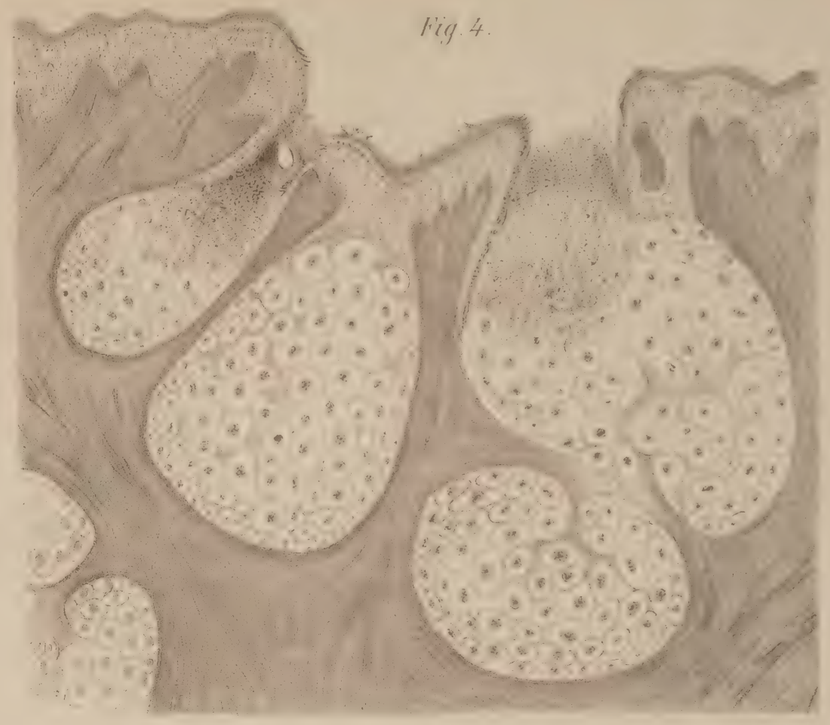


Fig. 3.

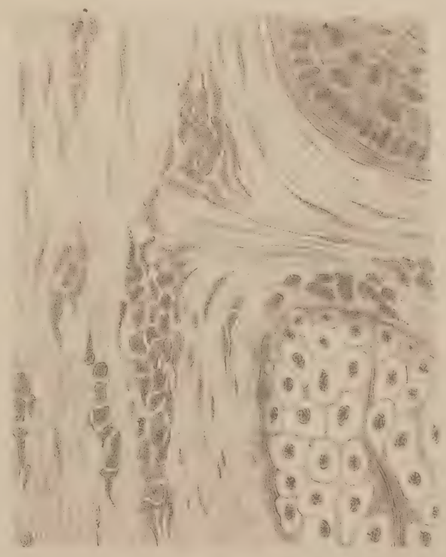
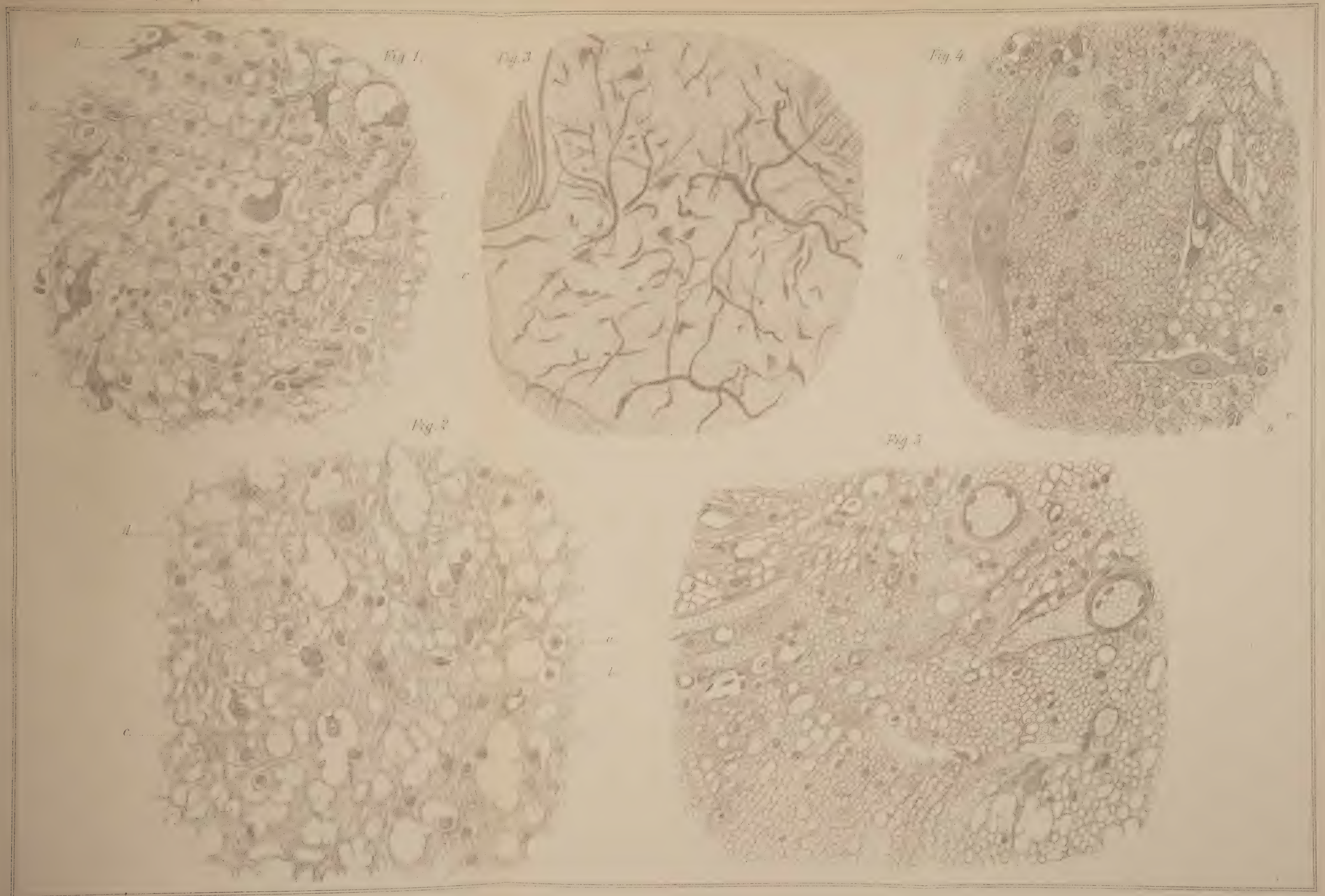


Fig. 5.

Lith. v. Dr. J. Heitzmann. Druck v. J. Appel's Nachf. Wien



Zu Jarisch, Rückenmarkstabes und hel. Syphilis.

Gez. u. lith. v. Dr. J. Heitzmann, Druck v. J. Appel's Nachf. Wien.